Een geïntegreerde aanpak voor

veranderingsresistente probleemdrinkers

Verkennend literatuur- en kwalitatief onderzoek ter voorbereiding van een innoverend VAD-project



VERENIGING VOOR
ALCOHOL- EN ANDERE
DRUGPROBLEMEN vzw

Colofon

Auteur
Lien Neuckermans, stafmedewerker VAD
Geert Verstuyf, stafmedewerker VAD

Verantwoordelijke uitgever
P. Van Deun, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
wettelijk depotnummer: D/2015/6030/40







VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

INHOUDSTAFEL

SAMENVATTING ... 5

A. SITUERING ... 7

B. LITERATUURSTUDIE ... 7

1. Profiel doelgroep ... 7
1.1. Chronische alcoholafhankelijkheid ... 8
1.2. Alcoholgerelateerde schade ... 10

2. Interventies/methodieken naar deze doelgroep en hun evaluaties ... 14
2.1. Herstelgerichte benadering ... 14
2.2. Harm Reduction ... 15
2.3. Gecontroleerd en veilig(er) drinken ... 18
2.4. Medicatie ... 19
2.5. Assertieve Outreach/Bemoeizorg ... 20
2.6. Casemanagement ... 21
2.7. Chronic Disease management ... 22

C. GOOD PRACTICES: WERKBEZOEK ALCOHOL CONCERN ... 22

1. Alcohol Concern ... 22

2. Blue Light Project ... 22
2.1. Verloop project ... 22
2.2. The Project Manual: `Working With Change Resistant Drinkers` ... 23
2.3. Pilootproject: Nottinghamshire Longterm Condition Team ... 23

D. KWALITATIEF ONDERZOEK ... 27

1. Ledenbevraging ... 23
1.1. Algemene informatie ... 23
1.2. Aanbod in Vlaanderen ... 24
1.3. Doorverwijzing ... 26
1.4. Knelpunten ... 27
1.5. Mogelijkheden in Vlaanderen ... 28
1.6. Rol van de gespecialiseerde voorzieningen ... 30

2. Regionale focusgroepen en interviews ... 30
2.1. Methodologie ... 30
2.2. Resultaten van de focusgroepen en interviews ... 31

LITERATUURLIJST ... 39

SAMENVATTING

Het innoverend VAD-project *"Een geïntegreerde aanpak naar veranderingsresistente drinkers"* had als doel om via een verkennend onderzoek zicht te krijgen op de knelpunten, noden en mogelijkheden in de huidige hulpverlening naar personen met een chronische alcoholverslaving, die veranderingsresistent zijn op vlak van hun gebruik. Op basis van de verzamelde informatie werd gepoogd een antwoord te formuleren op een aantal onderzoeksvragen: 1) Wat zijn alternatieve strategieën naar deze doelgroep? 2) Zijn er reeds goede praktijkvoorbeelden gerealiseerd? 3) Wat zijn de knelpunten en noden in de huidige Vlaamse welzijns- en gezondheidzorg naar deze doelgroep? 4) Wat zijn concrete mogelijkheden voor een alternatieve strategie naar deze doelgroep in Vlaanderen?

Om te beginnen werd er op basis van de literatuur een beschrijving geformuleerd van de doelgroep en de schadelijke gevolgen van het chronisch alcoholgebruik. De doelgroep werd gekaderd als personen met een *chronische alcoholafhankelijkheid* die *veranderingsresistent* zijn op vlak van hun gebruik. We zien bij deze groep op korte en lange termijn heel wat *individuele schade* zoals gastro-intestinale aandoeningen, kanker, cardiovasculaire klachten en neurologische schade. In de *directe omgeving* zien we dat door het zware alcoholgebruik gezinnen ontwricht worden en ten slotte brengt deze doelgroep heel wat maatschappelijke overlast met zich mee die vooral zichtbaar wordt in contacten met sociale voorzieningen, spoeddiensten, politie, gezondheidszorg en justitie.

Vervolgens werd in de literatuur op zoek gegaan naar mogelijke methodieken en/of strategieën van waaruit een geïntegreerde aanpak naar deze doelgroep kan bestaan. In de resultaten zien we als rode draad twee benaderingen die kunnen dienen als duidelijk kader voor een aanbod naar deze doelgroep: een herstelgerichte benadering en een benadering gericht op schadebeperking. *De herstelgerichte benadering* schuift een meerdimensionale visie op herstel naar voor, waarvan klinisch herstel maar een onderdeel is naast functioneel, maatschappelijk en *persoonlijk herstel* (verhogen van de autonomie, het vormen van een nieuwe identiteit en nieuwe doelen). De s*chadebeperkende* visie omvat alle maatregelingen, programma's en interventies die tot doel hebben de nadelige consequenties van het gebruik te beperken, zonder noodzakelijkerwijs het gebruik te verminderen. Deze visies geven duidelijke alternatieven m.b.t. de klassieke abstinentiegedachte of symptoomreductie die tot op heden vaak als hoofddoelstelling wordt gebruikt binnen een behandeling. Concrete voorbeelden van aanpak naar deze doelgroep worden beschreven, waar mogelijk met evaluatie zoals Housing First, Alcoholgebruiksruimtes, Outreach, (F)ACT, Risk Assessment, Casemanagement en andere.

Een mooi voorbeeld van 'good practice' is *The Blue Light Project: 'Working with change resistant drinkers' (UK)* een veelomvattend en goed onderbouwd Brits project waarvan reeds een handleiding gepubliceerd werd en de eerste evaluaties positief zijn.

Het kwalitatief onderzoek van het project bestond uit een online ledenbevraging, regionale focusgroepen en enkele individuele interviews. Er zijn een aantal belangrijke *knelpunten* rond deze doelgroep geformuleerd. Om te beginnen werd er door het merendeel van de organisaties aangegeven dat deze doelgroep onvoldoende bereikt wordt in hun regio. Het aanbod in Vlaanderen dat zich specifiek richt naar deze doelgroep is te beperkt. Slechts enkele innoverende projecten zoals Intensive Casemanagement en Open Consult in de Gentse regio hebben een aanbod op maat van deze doelgroep. Organisaties zonder een specifiek aanbod naar deze doelgroep komen desondanks ook dagelijks met deze doelgroep in contact. Zij missen een visie, richtlijnen en praktische handvaten om met deze doelgroep aan de slag te gaan en zijn vragende partij voor vorming en training. Bij de organisaties met enkel een algemeen aanbod zien we dat strategieën zoals gecontroleerd drinken of een schadebeperkende benadering nauwelijks of zeker in mindere mate toegepast worden.

Na het oplijsten van de knelpunten werd uitgebreid nagedacht over de mogelijkheden die de deelnemende voorzieningen zagen in het huidige hulpverleningsaanbod. Om te beginnen werd er aangehaald dat er meer onderzoek nodig is naar alternatieve behandelingen naar deze doelgroep. Heel wat hulpverleners pleitten voor een visieverschuiving naar herstelgerichte zorg en harm reduction. Deze sensibilisering zou nodig zijn zowel op het niveau van de hulpverlener als op organisatieniveau. In tweede instantie is er nood aan nieuwe laagdrempelige en/of aanklampende alternatieven. Ook werd het inzetten van casemanagers aangehaald als een noodzakelijke strategie om continuïteit van zorg te bevorderen bij deze complexe casussen. Er was eveneens consensus dat er naast netwerkvorming wederzijdse ondersteuning nodig is tussen eerstelijnsvoorzieningen en de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening om een geïntegreerde aanpak naar deze doelgroep te realiseren. Er werd vooral naar de gespecialiseerde zorg gekeken om dit proces op gang te trekken en aan te sturen.

Tot slot dient vermeld te worden dat dit rapport slechts een eerste verkennend onderzoek is naar de aanpak van deze doelgroep. Een aantal pistes konden wegens tijdsgebrek niet of onvoldoende worden geëxploreerd. Juridische alternatieven die werden voorgesteld zoals drugbehandelingskamer voor alcohol en gedwongen opname zouden verder geëxploreerd kunnen worden. Om een innoverend project in de toekomst op te starten dient er een implementatiestrategie te worden voorbereid en verder nagedacht over indicatoren die dienen om een pilootproject te kunnen evalueren.

A. SITUERING

In 2014 deed VAD vzw een oproep aan zijn leden naar voorstellen voor innoverende projecten waar de huidige alcohol- en drugsector in Vlaanderen nood aan heeft. Uiteindelijk werd er gekozen voor een project rond 'Een geïntegreerde aanpak naar veranderingsresistente probleemdrinkers'. Vanuit het projectvoorstel werd de doelgroep en de noden als volgt omschreven:

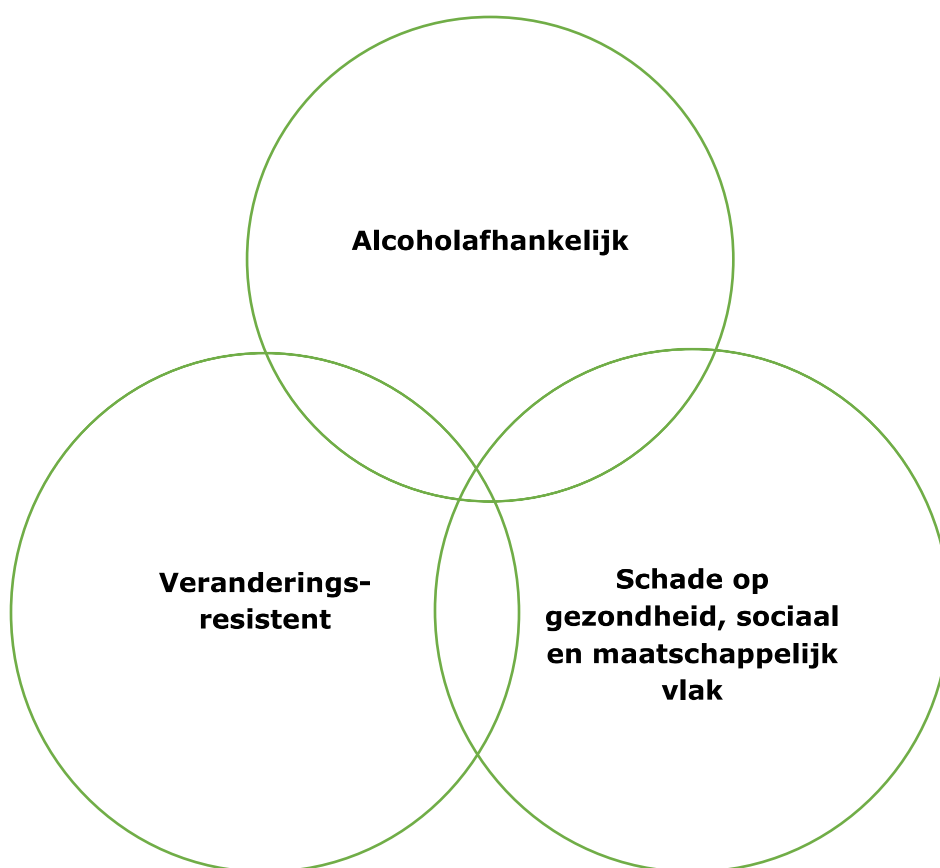
> *"We willen ons via dit innoverend project richten op complexe casussen waarbij het drankgebruik zodanig de identiteit is gaan bepalen, soms tot dreigende (of reële) verloedering toe. Naast de fysieke destructie en psychologische impact toont zich vaak een sociale ontworteling. Woongarantie, voldoen aan basisbehoeften (voeding, hygiëne, rust, …), basis gezondheidszorg worden continu bedreigd. Ook het frequent afwisselen van droge periodes met zware escalaties op vlak van alcoholgebruik zetten de gezondheid zwaar onder druk.*
>
> *Doordat ze moeilijk de stap naar de hulpverlening zetten, vaak hun behandelprogramma's niet afmaken, herhaaldelijk hervallen in hun oude gewoonten en/of niet aan de nodige voorwaarden voldoen om aan bepaalde zorgprogramma's te kunnen deelnemen, krijgen ze vaak niet de zorg die ze nodig hebben.*
>
> *Het behoud of herstel van kwaliteitsvol leven mét een bestaande alcoholverslaving vormt hier een uitdaging die de alcoholhulp overstijgt - het gehele welzijns- en samenlevingsveld is betrokken partij."*

Bij de aanvang van dit project werden een aantal vraagstellingen naar voor geschoven. Over hoeveel cliënten gaat het? Welke settings ervaren welke problemen? Waar zijn good practices gerealiseerd? Zijn de doelen geëxpliciteerd? Hoe kan de gespecialiseerde zorg andere sectoren hierin ondersteunen?

B. LITERATUURSTUDIE

1. Profiel doelgroep

Het project focust zich op personen met een *chronische alcoholafhankelijkheid* die *veranderingsresistent* zijn op vlak van hun gebruik, wat leidt tot *individuele en maatschappelijke schade.*



Figuur 3. Schematische samenvatting profiel doelgroep.

1.1. Chronische alcoholafhankelijkheid

Een groot deel van deze doelgroep zal beantwoorden aan een *"ernstige stoornis in het gebruik van alcohol" DSM*-V (American Psychiatric Association, 2013). Binnen deze casussen wordt er dus vaak voldaan aan minstens 6 van de 11 criteria, zoals beschreven in de DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) (cfr. tabel 1).

Tabel 1. Criteria DSM-V: "ernstige stoornis in het gebruik van alcohol" (American Psychiatric Association, 2013).

- Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was;
- Er is een persistente wens of er zijn vergeefse pogingen om het alcoholgebruik te minderen of in de hand te houden;
- Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken, of herstellen van de effecten ervan;
- Hunkering, of een sterkte wens of drang tot alcoholgebruik;
- Recidiverend alcoholgebruik, met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis;
- Aanhoudend alcoholgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol;
- Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik;
- Recidiverend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert;

- Het alcoholgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol;
- Tolerantie, zoals gedefinieerd door een van de volgende kenmerken:
  a. Behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken;
  b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol;
- Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens een van de volgende kenmerken:
  a. Het kenmerkende ontrekkingssyndroom van alcohol (autonome hyperactiviteit, tremor, insomnia, braken, psychomotorische agitatie, angst, gegeneraliseerde tonisch-klonische insulten, …);
  b. Alcohol (of een zeer verwante stof zoals een benzodiazepine) wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

Uiteraard gaat het op zijn minst om een *alcoholafhankelijkheid*, zoals in de ICD-10 wordt geformuleerd (World Health Organisation, 1992). Het gebruik van het middel krijgt hierbij een hogere prioriteit voor de cliënt dan andere gedragingen die ooit wel een grotere waarde hadden. Dit betekent dat 3 (of meer) van de 6 criteria, die beschreven worden in tabel 2, *tegelijkertijd* aanwezig waren gedurende enige tijd van het afgelopen jaar.

Tabel 2. Criteria ICD-10: Alcoholafhankelijkheid (World Health Organisation, 1992).

- Een sterk verlangen of een drang om het middel te gebruiken;
- Moeilijkheden bij het in de hand houden van het gebruik van de stof met betrekking tot de aanvang, beëindiging en de gebruikte hoeveelheden;
- Na het staken of het verminderen van het gebruik treedt een lichamelijke onthoudingssyndroom op;
- Aanwijzingen voor tolerantie, zoals het noodzakelijk zijn van steeds grotere hoeveelheden alcohol teneinde de effecten te bereiken die aanvankelijk optraden bij lagere dosissen (vaak nemen deze personen dagelijkse doses tot zich die voldoende zijn om personen die geen tolerantie hebben opgebouwd, uit te schakelen of te doden).
- Het gebruik van alcohol leidt tot een toenemende verwaarlozing van andere interesses, tot een toegenomen hoeveelheid tijd die noodzakelijk is om het middel te verkrijgen of te gebruiken of om van de effecten hiervan te herstellen;
- Aanhoudend gebruik in weerwil van duidelijk bewijs voor de schadelijke gevolgen, zoals schade aan de lever door excessief drinken, depressieve stemmingstoestanden volgend op perioden van zwaar gebruik, of een achteruitgang van het cognitief functioneren als gevolg van het gebruik alcohol, de inspanningen dienen erop gericht te zijn vast te stellen dat de gebruiker daadwerkelijk op de hoogte was van de aard en omvang van de schade, of dat dit van hem verwacht kon worden.

Het is eerder regel dan uitzondering dat er naast de alcoholafhankelijkheid eveneens een bijkomende *comorbide psychiatrische stoornis* aanwezig is. Beide stoornissen zullen met elkaar interageren en elkaars verloop en prognose mee bepalen. Zo wordt er geschat dat personen met een alcoholafhankelijkheid 3,7 keer meer kans hebben om een klinische depressie te ontwikkelen in vergelijking met personen zonder afhankelijkheid (Hasin, Stinson, Ogburn, & Grant, 2007).

Er wordt gezien dat de alcoholafhankelijkheid bij deze groep *chronisch en progressief* van aard is. Desondanks is het mogelijk om een chronische alcoholafhankelijkheid onder controle te krijgen wanneer er een continue zorg en de juiste gedragsverandering kan geïnstalleerd worden (Reif, et al., 2011). Bij deze doelgroep is er vaak weinig tot geen motivatie aanwezig om hun drinkgedrag aan te passen. Er kan gesteld worden dat ze meestal *veranderingsresistent zijn:* ongevoelig voor verandering op vlak van hun gebruik en/of voor therapie rond hun afhankelijkheid. Alcohol-gerelateerde hersenschade zorgt er vaak voor dat mensen er niet in slagen om zich te motiveren en hun gedrag aan te passen. Slechte voeding, depressie, slaapproblemen en leveraandoeningen

ten gevolge van het chronisch drinkgedrag, kunnen er eveneens voor zorgen dat personen de energie niet meer vinden om te veranderen (Ward & Holmes, 2014).

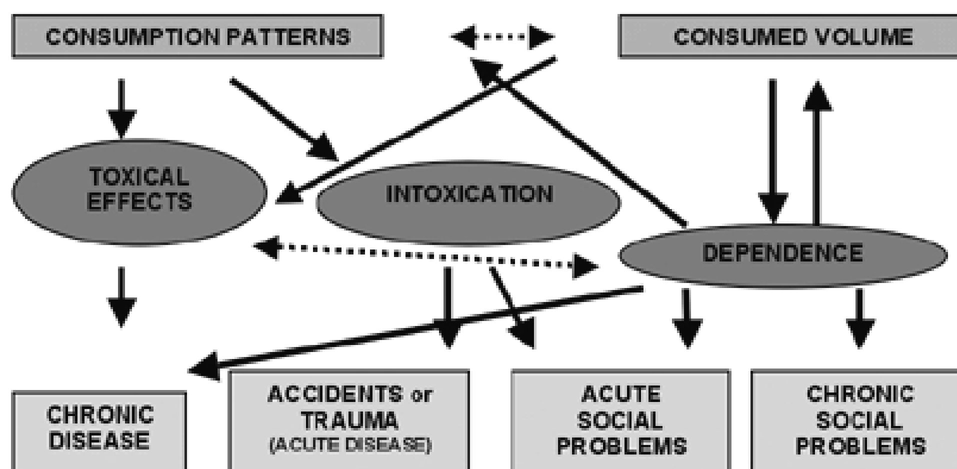
Typerend voor deze doelgroep is eveneens dat ze moeilijk *de stap naar de hulpverlening zetten* wat sowieso kan worden vastgesteld bij alle personen met een alcoholafhankelijkheid. Cijfers tonen namelijk aan dat de diagnose *'alcoholafhankelijkheid'* één van de stoornissen is met de hoogste *treatment gap*. Dat betekent dat het aantal personen dat hulp zoekt voor deze stoornis veruit kleiner is dan het aantal personen die effectief aan een alcoholafhankelijkheid lijdt. Zo zoekt in België slechts 16,5% van de personen met een alcoholgerelateerde stoornis professionele hulp (Bruffaerts e.a., 2004). Naast het gebrek aan motivatie omtrent hun alcoholgebruik zijn er bij deze doelgroep ook andere belangrijke factoren die de drempel naar hulp verhogen, zoals schaamte en angst voor stigmatisering (Cunningham, 2005). Ook dat vele gespecialiseerde voorzieningen gebonden zijn aan openingsuren en de aanwezigheid van wachtlijsten zorgt voor een drempelverhoging (Postel, De Jong & De Haan, 2005).

De exacte omvang van deze doelgroep is zeer lastig om in te schatten. Vele onderzoeken beperken zich vaak tot grote steden en bovendien is deze doelgroep meestal een subdoelgroep binnen andere reeds onderzochte groepen zoals problematische drinkers en chronische daklozen (van Essen, van der Horst, Wieske, Ruyten, & de Jong, 2011), waar wel cijfers over bestaan.

1.2. Alcoholgerelateerde schade

Jarenlang problematisch alcoholgebruik zorgt voor heel wat schade voor de persoon in kwestie, alsook voor zijn omgeving en de maatschappij. Wanneer er nagedacht wordt over alcoholgerelateerde schade wordt er in eerste instantie vooral aan de gezondheid gedacht. Chronisch alcoholgebruik kan echter ook veel schadelijke gevolgen hebben op sociaal en maatschappelijk vlak. Denk maar aan (huiselijk) geweld, overlast, sociale kosten, financiële en werkgerelateerde problemen (Babor, et al., 2010). Babor e.a. (2010) hebben een helder overzicht opgesteld over de mediërende effecten van de toxische effecten van alcohol, intoxicatie en afhankelijkheid op verschillende vormen van schade (chronische ziekten, accidenten of acute ziekten, acute en chronische sociale problemen) (Cfr. figuur 1).

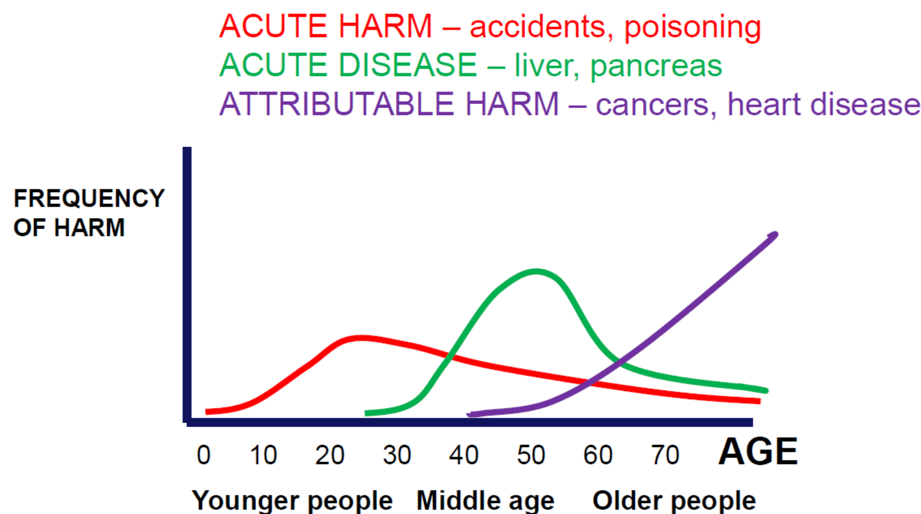
Figuur 1. Relatie tussen alcoholgebruik, mediërende variabelen en verschillende soorten consequenties (Babor, et al., 2010)



Wanneer er gekeken wordt naar alcoholgerelateerde schade op verschillende leeftijden, konden onderzoekers drie leeftijdscategorieën onderscheiden waar telkens een andere vorm van alcoholschade de bovenhand nam (cfr. figuur 2) . Zo zullen jongeren, met een piek rond 25 jaar,

vaker in het ziekenhuis worden opgenomen voor acute schade, zoals ongelukken en alcoholvergiftiging. Volwassenen van 30-60 jaar met een piek rond 50 jaar zullen voornamelijk opgenomen worden voor acute ziekten zoals lever- of pancreasaandoeningen ten gevolge van persistent problematisch alcoholgebruik. Vanaf 50 jaar zien we vervolgens een stijging van 'attributable harm' zoals kanker en hartziekten. We kunnen veronderstellen dat de doelgroep uit dit rapport zich voornamelijk in de laatste twee leeftijdsgroepen bevindt.

Figuur. 2. Three ages of alcohol related harm (Public Health London, 2014)



1.2.1. Schade op het niveau van de individu

Zoals reeds werd aangegeven kan chronisch alcoholgebruik heel wat sociale, psychische en gezondheidsproblemen met zich meebrengen voor het individu. Ook is probleemdrinken de derde belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte. Voor de meeste klachten geldt dat het risico toeneemt naarmate er een grotere alcoholconsumptie aanwezig is.

Eén van de meest voorkomende gezondheidsklachten zijn aandoeningen aan de *lever*. Zo lijdt de helft van de problematische drinkers aan leversteatose of leververvetting. Nog eens 10 – 30% van de problematische drinkers zouden last krijgen van levercirrose of leververharding (Plant & Cameron, 2000; Heather, Peters, & Stockwell, 2001). Zo wordt er geschat dat 64% van de alcohol-gerelateerde sterfte in Engeland, ten gevolge van een leverziekte was (Office for National Statistics, 2014). Een andere frequente aandoening bij chronische gebruikers is de ontsteking van de *alvleesklier* (pancreatitis). Chronisch alcoholgebruik is verantwoordelijk voor 80% van de acute vormen van pancreatitis, en voor 50% van de chronische gevallen (Office for National Statistics, 2000).

Ook is alcoholgebruik eveneens sterk gelinkt met verschillende vormen van *kanker*. De belangrijkste associaties worden gevonden met kanker aan de mondholte, lever en borst. Zo wordt er geschat dat in Europa alcohol en tabak samen de oorzaak zijn voor 75% van kankers aan de mondholte (Cancer Research UK, 2009). Een ander belangrijk gevolg van langdurig problematisch drinken is de ontwikkeling van *cardiovasculaire klachten* zoals hypertensie waardoor deze personen op termijn een hoger risico hebben op een hartinfarct of beroerte (Poppelier, 2002; Alcohol Concern, 2010; Möbius, 2009).

Schade aan de hersenen en het zenuwstelsel ten gevolge van problematisch alcoholgebruik werd door verschillende studies reeds meermaals aangetoond. In een meta-analyse waar 39.704 hersenen post-mortem werden onderzocht in 11 Amerikaanse en Europese centra, werd gevonden

dat bij 30% van de zware drinkers hersenschade aanwezig was. Dit in groot contrast met de normale populatie waar dit slechts bij 1.5% het geval bleek te zijn (Cook, Hallwood, & Thomson, 1998). De drie belangrijkste neuronale stoornissen ten gevolge van langdurig problematisch alcoholgebruik zijn polyneuropathie, delirium tremens en het Wernicke-Korsakov syndroom (Möbius, 2009). Deze laatste wordt veroorzaakt door een vitamine B1 tekort ten gevolge van slechte eetgewoonten en frequent braken. Wanneer deze hersenaandoening niet wordt behandeld is de kans groot dat er in een later stadium het syndroom van Korsakov wordt ontwikkeld (Alcohol Concern, 2010).

Zoals uit dit korte overzicht blijkt, heeft alcohol destructieve eigenschappen die op verschillende lichamelijke niveaus schade kunnen berokkenen. Medische opvolging en screening bij personen met een chronische alcoholafhankelijkheid blijft om deze reden van levensbelang. Onderzoek toonde namelijk aan dat de groep met de meest ernstige vorm van alcoholafhankelijkheid gemiddeld 15 jaar vroeger sterft dan personen uit een niet-drinkende controlegroep (Liskow, et al., 2000). Ook zijn de alcoholgerelateerde sterftecijfers het hoogst in de leeftijdsgroep 55 tot 74 jaar (Ward & Holmes, 2014).

1.2.2. Schade op het niveau van de directe omgeving

De directe omgeving (partner, kinderen, ouders en vrienden) van veranderingsresistente probleemdrinkers ondervinden vaak schade die rechtstreeks en onrechtstreeks het gevolg kan zijn van het zware alcoholgebruik.

De meest nefaste effecten zullen voelbaar zijn binnen het kerngezin, voornamelijk bij de partner en/of kinderen. Een gezin waar chronisch alcoholgebruik aanwezig is zal op verschillende niveaus ontwricht worden. Zo zal de partner of een kind uit het gezin vaak de taken en verantwoordelijkheden overnemen van de persoon met een alcoholverslaving. Ook is het voor deze gezinnen moeilijk om routine en structuur op te bouwen, aangezien er weinig of geen afspraken te maken zijn ('Zal hij/zij zich herinneren om de kinderen af te halen van school?', 'Wanneer en in welke toestand zal hij/zij thuiskomen?'). Ook zullen deze gezinnen zich vaak sterk isoleren van familie, vrienden en buren. Hierin spelen verschillende zaken een rol, voornamelijk uit schaamte voor het gedrag van hun familielid. Ten slotte kennen deze gezinnen vaak financieel strubbelingen, doordat personen met een persistente alcoholverslaving vaak hun job verliezen (Velleman & Templeton, 2007).

Wanneer er specifiek toespitst wordt op de effecten van alcoholgebruik door de ouder(s) op hun kinderen, wordt er gezien dat ouderlijk alcoholgebruik een kind al voor de geboorte schade kan toebrengen. Zo is het Foetaal Alcohol Syndroom een direct gevolg van alcoholgebruik door de moeder tijdens de zwangerschap. Daarnaast komen isolatie, eenzaamheid, kinderverwaarlozing en –misbruik veel vaker voor in gezinnen waar sprake is van alcoholmisbruik. Volgens evidentie uit casestudies is alcoholgebruik in 16% van de gevallen een belangrijke trigger van kindermishandeling (Klingemann, 2001; De Donder, 2006).

Concrete cijfers omtrent intrafamiliaal geweld in België zijn niet beschikbaar. Maar onderzoek toont wel aan dat gewelddadige mannen over het algemeen hogere alcoholscores vertonen. Hoe hoger een man scoorde op mishandelende persoonlijkheid, des te groter bleek zijn alcoholconsumptie. Er is dus een duidelijke associatie tussen huiselijk geweld en alcohol (Dutton, Golant, & Pijnaker, 2000).

1.2.3. Schade op het niveau van de maatschappij

Personen met een alcoholafhankelijkheid brengen heel wat overlast met zich mee op sociale voorzieningen, spoed, politie, gezondheidszorg en justitie. Er bestaan geen Vlaamse cijfers over in welke mate deze doelgroep beroep doet op bovenstaande diensten. Wel bestaan er heel wat cijfers over de impact van problematisch alcoholgebruik op een aantal belangrijke maatschappelijke thema's.

Om te beginnen heeft alcoholgebruik een grote impact op de *verkeersveiligheid*. Een alcoholpromille van 0,5 vermenigvuldigt namelijk het risico op een dodelijk ongeval al met 2,5. Verder stijgt de kans op een ongeval exponentieel met het aantal promille (BIVV Nationale gedragsmeting, 2012).

Ook tonen verschillende studies aan dat *werkloosheid* en zwaar drinkgedrag geassocieerd zijn met elkaar. Dit causaal effect gaat in beide richtingen: enerzijds hebben personen met een alcoholafhankelijkheid een hoger risico om hun job te verliezen, anderzijds leidt werkloosheid ook vaak tot meer alcoholgebruik (Klingemann, 2001). Daarnaast wordt er vastgesteld dat een groot deel van deze doelgroep geen huisvesting heeft. Officiële cijfers over dakloosheid in België bestaan echter niet. Het aantal daklozen wordt geschat op 17.000 mensen (De Decker, 2004). Verder weten we dat 56,7% van de daklozen psychische problemen heeft waaronder alcohol- en drugverslaving, depressie en angststoornissen (Van Menxel, Lescrauwaet, & Parys, 2003; Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008).

Chronisch alcoholgebruik legt ook een zware druk op *ziekenhuizen en spoedafdelingen.* Onderzoek in Engeland toont aan dat volwassenen, vanaf 35 jaar met een piek op 40-44 jaar, meer kans hebben om in het ziekenhuis opgenomen te worden met een alcoholgerelateerde aandoening of ongeval (Ogunewe, et al., 2011; Wadd & Papadopoulos, 2014). In België verzamelde IMA-AIM sinds 2008 statistieken omtrent de alcoholgerelateerde opnames in spoeddiensten. Deze cijfers geven echter slechts een schatting van het voorkomen van alcoholgerelateerde spoedopnames omdat niet bij elke cliënt een bepaling gebeurt van de alcoholconcentratie in het bloed, maar enkel wanneer er een vermoeden is van intoxicatie. Ook moeten we onthouden dat niet iedere patiënt met een geregistreerde intoxicatie een alcoholafhankelijkheid heeft. Desondanks bevestigen deze cijfers een piek van alcoholgerelateerde opnames in de leeftijdsgroep 45-64-jarigen (IMA-AIM, 2013).

Verschillende studies tonen aan dat bij personen die voor ernstige misdrijven worden veroordeeld, alcoholafhankelijkheid één van de meest voorkomend psychiatrische ziektebeelden was (UNODC, 2013). Twee derde van de slachtoffers van seksuele aanranding geeft aan dat de verkrachter onder invloed van alcohol en/of drugs was. Minstens 30% van de vrouwelijke slachtoffers waren zelf onder invloed van drugs en alcohol (Ministerie van Justitie, senator Nele Lijnen, UGent en Amnesty International. Cijfers tussen 2010 en 2014). Alcoholmisbruik is ook zeer sterk geassocieerd met het plegen van moorden (Norway; Bye, E. K. (2008), in Homicide Studies). Cijfers uit Zweden, Finland en Australië toonden aan dat de helft van de moorden onder invloed van alcohol waren gebeurd (UNODC, 2013).

Door het Hoger Instituut voor de Arbeid (HIVA) werd van 1999-2001 een studie uitgevoerd over de *kosten en baten van alcoholgebruik/-misbruik* in België (Pacolet, Degreef, & Bouten, 2003). Uit deze analyse bleek dat de totale kost van alcoholgebruik in België 6 miljard euro bedraagt. Daarnaast bedroeg de totale baat € 1,5 miljard. De directe gezondheidszorgkosten bedroegen € 0,5 miljard (9%), de jaarlijkse kosten van verkeersongevallen veroorzaakt door alcoholgebruik € 1,5 miljard (24%). De directe kosten in de werkomgeving bedragen € 2,2 miljard (36,5%), de overige directe kosten € 50 miljoen (0,8%). De indirecte productiviteitsverlieskosten door morbiditeit en mortaliteit bedragen respectievelijk € 0,4 miljard (6%) en € 1,1 miljard (18,5%). Van de kosten werd 45% gedragen door de gebruikers zelf. De belastingbetalers dragen € 0,3 miljard externe kosten bij en de bedrijven € 0,8 miljard. De overheid draagt met € 2,2 miljard bijna 37% van de totale sociale kosten die alcoholgebruik veroorzaken (Pacolet, Degreef, & Bouten, 2003).

2. Interventies/methodieken naar deze doelgroep en hun evaluaties

Onderstaand overzicht geeft een overzicht van mogelijke strategieën, methodieken en componenten waaruit een geïntegreerde aanpak voor veranderingsresistente probleemdrinkers kan bestaan. Naast de theoretische beschrijving wordt er gepoogd via praktijkvoorbeelden te illustreren hoe deze methodieken geconcretiseerd kunnen worden. Wel dient er worden opgemerkt dat deze praktijkvoorbeelden in regel meerdere methodieken combineren, waardoor ze soms onder meerdere titels geplaatst kunnen worden.

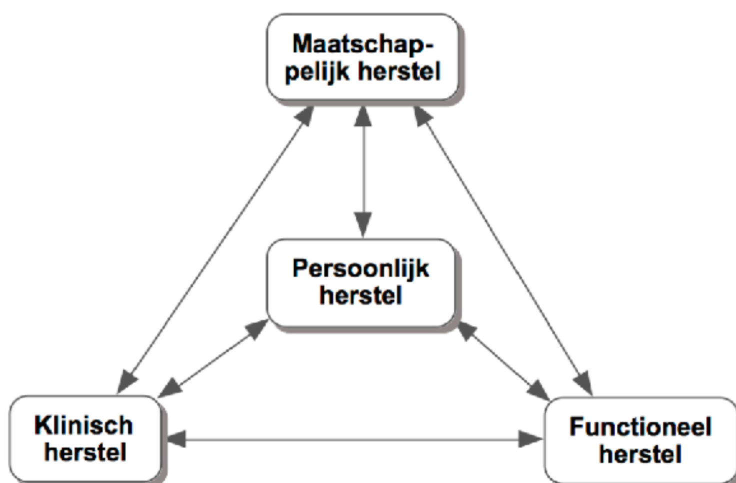
2.1. Herstelgerichte benadering

2.1.1. Beschrijving

Vandaag de dag heerst er nog steeds sterk een klinische herstelgedachte, waar de focus ligt op remissie van symptomen. Hierbij ziet men verslaving als een acute aandoening en wordt er via een (korte) symptoomgerichte behandeling gestreefd naar abstinentie. Meer concreet vallen psychologische en farmacologische interventies die bijdragen aan ontwenning en het voorkomen van terugval hieronder (Laudet & White, 2010; van der Stel, 2014). Vanuit een herstelgerichte benadering wordt echter gepleit voor een meerdimensionale visie op herstel, waarvan klinisch herstel slechts een onderdeel is (figuur 4). We kunnen nog drie andere vormen van herstel onderscheiden: maatschappelijk herstel (verbetering van de individu van zijn positie in de maatschappij), functioneel herstel (herstel van lichamelijke, psychische en sociale functies die als gevolg van de verslaving waren aangetast) en persoonlijk herstel (het individu krijgt greep op zijn leven, stelt nieuwe doelen en vormt een nieuwe identiteit) (van der Stel, 2014).

Bij deze visie van herstel is het de doelstelling om, ondanks de beperkingen van de ziekte, te streven naar een vooruitgang in de levenskwaliteit en het terugwinnen van autonomie (Keymeulen, 2014). Herstel mag hierbij niet verengd worden tot abstinentie of louter functioneel herstel. Er dient voldoende aandacht te zijn voor *persoonlijk herstel* en subjectieve betekenisverlening door de cliënten en wat zij belangrijk vinden in hun leven. Belangrijke zorgtaken voor de hulpverlener werden door Slade (2009) neergeschreven: (1) positieve identiteit ontwikkelen, (2) 'framing' ofwel het betekenisvol plaats geven aan de verslaving of het psychiatrisch probleem, (3) empowerment en (4) verwerven van vroegere, nieuwe of veranderende waardevolle sociale rollen. Een belangrijke strategie die bij de herstelgerichte benadering naar voor wordt geschoven is het gebruik van ervaringsdeskundigen, peers en zelfhulpgroepen. Ervaringsdeskundigen zorgen door hun kennis over de aandoening snel voor onderling begrip en verbinding. De ervaringsdeskundige fungeert als een belangrijke brug tussen de leefwereld van de patiënt en de zorg (Stollenga, de Haan, & de Goede, 2014)

Figuur 4. Meerdimensionale visie op herstel (van der Stel, 2014).



2.1.2. Voorbeelden uit de praktijk

a. ROPI: Recovery Oriented Practices Index (USA)
De ROPI is een instrument, ontwikkeld in USA, waarmee een indicatie kan worden verkregen van de mate van herstelondersteunende zorg binnen een voorziening. Door dit instrument af te nemen kan worden afgeleid in hoeverre herstelondersteunende zorg centraal staat in de behandeling en begeleiding van deze voorziening. De resultaten kunnen vervolgens helpen om een verbeterplan op te stellen voor de implementatie van herstelgerichte zorg binnen een organisatie (Handriksen-Favier, van Rooien, & Rijkaart, 2010; Mancine & Finnerty, 2005).

b. Educatief programma, BOOZ en Het Zwarte Gat (NL)
BOOZ, een Amsterdams filmbedrijf, en Het Zwarte Gat ontwikkelde samen met een aantal instellingen voor verslavingszorg een educatief programma voor medewerkers, cliënten en samenwerkingspartners om de herstelondersteunende zorg te promoten. Ze ontwikkelden een aantal filmpjes, gespeeld door ervaringsdeskundigen, rond relevante thema's zoals gebruik, stoppen, hoop, terugval en schuld. Op deze manier wil men via dit programma de zorg beter afstemmen op de leefwereld van de cliënt. De bedoeling is om dit programma te gebruiken met een groep personen met een afhankelijkheid op weg naar herstel (Stollenga, 2014; BOOZ, 2015).

c. Recovery Community Centers (USA)
Recovery Community Center zijn lokale centra waar personen met een verslaving terecht kunnen voor gespreksgroepen, coaching en recovery housing. In de Amerikaanse staat Vermont alleen al zijn er 9 RCC, die bemand worden door 15 professionele hulpverleners en 150 vrijwilligers. Samen laten ze zo'n 127 gespreksgroepen per week doorgaan. Van de deelnemers hadden 33% voordien nog nooit een behandeling rond hun verslaving gevolgd (White, 2009; White, Kelly, & Roth, 2012).

d. Recovery Housing (USA)
'Recovery Residences' onderscheiden zich van gespecialiseerde residentiële centra door hun huiselijke omgeving, zelfbepaalde duur van het verblijf en de focus op ervaringsgerichtheid. Zo is er geen professionele staf aanwezig. Het grootste deel van de recovery homes worden financieel gedragen door de bewoners. Het belangrijkste voorbeeld hiervan is *Oxford House,* dit is een koepelorganisatie die meer dan 1500 recovery homes bevat. Doelstelling is door peer support de eigen doelstellingen te gaan bepalen en te proberen verwezenlijken. Autonomie en zelfredzaamheid worden er sterk ontwikkeld en ondersteund. Het is echter belangrijk om op te merken dat abstinentie hier naar voor wordt geschoven als enige doelstelling rond het alcoholgebruik. Amerikaans onderzoek rond deze vorm van zorg toont aan dat herstel op lange termijn positief geassocieerd is met de duur van het verblijf (Jason, Davis, & Ferrari, 2007; White, Kelly, & Roth, 2012).

2.2. Harm reduction

2.2.1.Beschrijving

Harm reduction staat voor een welbepaald denkkader dat in de jaren '80 werd geïntroduceerd. Meer bepaald werd deze strategie gedefinieerd als *alle maatregelingen, programma's en interventies die tot doel hebben de nadelige gezondheids-, sociale en economische gevolgen van het gebruik van legale en illegale drugs te beperken, zonder noodzakelijkerwijs het gebruik te verminderen*. Harm reduction voorkomt schadelijke gevolgen voor de gebruiker, zijn/haar familie en de maatschappij (EMCDA, 2010; IHRA, 2010). Voor hulpverleners en organisaties wordt er een basishouding naar voor geschoven die noodzakelijk is voor deze vorm van werken: (1) *Waardigheid en mededogen*: het aanvaarden van mensen zoals ze zijn, zonder te veroordelen; (2) *Universaliteit en mensenrechten*: mensen die alcohol of drugs gebruiken hebben recht op de hoogste standaard van gezondheidszorg, hulpverlening, werk, …; (3) *Kritische kijk* op beleidspraktijken die schade kunnen verhogen: beleidsmaatregelen kunnen, ondanks goede bedoelingen, de risico's en schade bij drug- en alcoholgebruikers vergroten; (4) *Transparantie, verantwoordelijkheid en participatie*: alcohol- en druggebruikers moeten betrokken worden bij

beslissingen die hen aangaan. Schadebeperkende initiatieven zijn eerder faciliterend dan sturend van aard en zijn geënt op de behoeftes en noden van individuen, op dit moment in hun leven (Windelinckx, 2005; IHRA, 2015).
Hoewel harm reduction tot op heden voornamelijk bij illegaal druggebruik werd toegepast, is de strategie eveneens zinvol bij problematisch alcoholgebruik. Alcoholexperts zijn het hierbij eens dat abstinentie niet de enige doelstelling hoeft te zijn (Rehm, Room, & Monteiro, 2004). Een studie toonde zelfs aan dat de therapietrouw daalde wanner de eisen van een behandelprogramma, rond abstinentie, stegen (Orwin, Garrison- Mogren, Jacobs, & Sonnefeld, 1999). Daarom werd er reeds langer voorgesteld om strategieën te ontwikkelen die erop gericht zijn de rechtstreekse schade ten gevolge van alcohol te beperken zonder noodzakelijk een vermindering van de alcoholconsumptie te beogen (IHRA, 2015).

2.2.2.Voorbeelden in de praktijk

a. Housing First
Housing First werd in 1992 gelanceerd in New York en gaat uit van het principe dat een woning een basismensenrecht is. Dit recht is eveneens van toepassing op daklozen die kampen met verslavings- of psychiatrische problematieken. Hun visie is dat het hebben van een woning voor een gevoel van stabiliteit kan zorgen en het startpunt kan zijn om op andere levensdomeinen vooruitgang te boeken (Stefancic & Tsemberis, 2007). Door de combinatie van het aanbieden van een individuele woonst en langdurige multidisciplinaire begeleiding (opvoeders, sociale werkers, psychologen, verplegers, dokters, juristen, …) aan deze doelgroep wordt er geprobeerd stabilisatie te brengen in het leven van de cliënt. In België zijn er tot op heden in vijf verschillende regio's Housing First teams opgericht die geïnspireerd zijn op het originele model: Gent, Antwerpen, Brussel, Charleroi en Luik. Daarnaast is er in België eveneens een evaluatieteam opgestart die de verschillende Belgische projecten wetenschappelijk zal evalueren (Housing First Belgium, 2014).

Het aanbod van Housing First bestaat uit:

- ✓ De toegang tot een individuele woonst (geen vorm van groepswonen);
- ✓ De woningen liggen verspreid waardoor de integratie in de gemeenschap wordt bevorderd (maximum 20 % van de aan deze doelgroep toegekende woonplaatsen zijn in hetzelfde gebouw);
- ✓ De doelgroep zijn dak- en thuislozen met een bewezen psychiatrische en/of verslavingsproblematiek;
- ✓ De huisvesting wordt zonder behandelvoorwaarden gerealiseerd;
- ✓ Er is sprake van een permanente huisvesting;
- ✓ Er is een keuzevrijheid;
- ✓ Intensieve ondersteuning van de huurders in hun leefomgeving door een multidisciplinair team "Assertive Community Treatment" (maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, psychiaters, psychologen, arbeidsbemiddelaars, …) en dit minimaal éénmaal per week en 24h/24h bereikbaar.

De projecten werden reeds wereldwijd geëvalueerd met consistent positieve resultaten. Een onderzoek bij chronische daklozen met een ernstige alcoholverslaving toonde aan dat de maatschappelijke kost die deze patiënten met zich meedragen reeds na zes maanden in het programma significant daalde. Deze kost werd berekend op vlak van het in aanraking komen met justitie, daklozenvoorzieningen, ontwenningsklinieken, ziekenhuizen en spoed (Larimer, et al., 2009). In een andere kwalitatieve studie werden zowel hulpverleners als dakloze cliënten met een alcoholafhankelijkheid geïnterviewd. Er werd geconcludeerd dat een traditionele abstinentiegerichte aanpak voor deze doelgroep niet aansloeg. Het feit dat abstinentie niet wordt verwacht werd namelijk door bijna alle cliënten aangegeven als drempelverlagend. Ook gaven cliënten aan dat het project hen motiveert om uiteindelijk toch minder te drinken, om zo hun woonst te kunnen behouden (Collins, et al., 2012). Ook toonden verschillende studies aan dat 80-90% van de HF-bewoners een jaar later nog steeds in hun woonst verbleef (Stefancic & Tsemberis, 2007; Al Shamma, Wewerinke, & Wolf, 2013).

b. Straatverplegers en straatdokters

In 2006 werd de non-profit organisatie Straatverplegers opgericht in Brussel, met als doel daklozen actief op te zoeken en hun te motiveren zorg te dragen voor zichzelf op vlak van hygiëne en gezondheid. Zij doen dit aan de hand van verschillende tools: een plan van gratis fonteinen en toiletten, lijst van gratis douchen, affiches ter preventie van luizen en schurft, … Ook zijn zij vaak tussenpersonen op medisch-sociaal vlak tussen de cliënten en professionals in de reguliere zorg. Sinds 2014 is het project uitgebreid met een Housing First-team, dit team zal overgaan tot de re-integratie van patiënten in een woonst en verdere opvolging (Straatverplegers, 2014).

In Nederland zijn er in verschillende grootsteden zoals Amsterdam en Rotterdam 'straatdokters' die wekelijks één of meerdere uren vrijmaken voor de daklozen in hun stad. Dit gebeurt in hun eigen praktijk of in opvangcentra voor daklozen in hun regio. De doelstelling die ze voor ogen hebben is het stabiliseren of indien mogelijk verbeteren van de gezondheid van hun cliënten. Onderzoek toonde aan dat dit project het meest effectief bleek te zijn wanneer dokters zich effectief verplaatsen naar centra. Maar voornamelijk bleek de al dan niet aanwezigheid van een verpleegkundige van groot belang. Het betrekken van verpleegkundigen werkte drempelverlagend en had een positief effect op de zorgcontinuïteit en therapietrouwheid van de cliënten (van der Poel, Krol, de Jong, & Jansen, 2007).

c. Alcoholgebruiksruimtes

Een *alcoholgebruiksruimte* is een door de verslavingszorg beheerde opvangvoorziening waar gemarginaliseerde chronische drinkers alcohol kunnen nuttigen onder professioneel toezicht en waar gebruik in een veilige omgeving en koppeling aan zorg centraal staan (van Essen, van der Horst, Wieske, Ruyten, & de Jong, 2011). Er wordt gefocust op chronische drinkers die hun gezondheid sterk verwaarlozen, weinig zelfredzaam zijn en vaak overlast veroorzaken in de buurt waar zij zich bevinden (van Essen, van der Horst, Wieske, Ruyten, & de Jong, 2011). Een alcoholgebruiksruimte kan pas ten volle functioneren wanneer deze voorziening in contact staat met andere voorzieningen, zoals woonvoorzieningen, algemene welzijnsvoorzieningen, gespecialiseerde verslavingszorg en maatschappelijke voorzieningen (Crane & Warnes, 2005). Een alcoholgebruiksruimte bevat een aantal belangrijke basiselementen: 1) basisaanbod: maaltijden, mogelijkheden tot persoonlijke verzorging en activiteiten gericht op ontspanning en activering; 2) hulpverlening gericht op verslavingsaspecten; 3) Somatische gezondheidszorg: monitoring, medische screening en gezondheidsvoorlichting; 4) aandacht voor uitstroommogelijkheden; 5) 24-uurs aanbod (van Essen, van der Horst, Wieske, Ruyten, & de Jong, 2011).

De *Booth Centre* in England heeft sinds 2001 een *Wet Garden* waar personen met een chronische alcoholverslaving toegelaten worden om alcohol te drinken. Het doel is om mensen te laten drinken in een veilige omgeving terwijl ze professioneel ondersteund worden en gemotiveerd worden tot zinvolle tijdsbesteding. Sinds de oprichting van de *Wet Garden* is er een stijging in doorverwijzingen naar ontwenningsvoorzieningen en geven de deelnemers aan hun gebruik beter te kunnen controleren en hun tijd beter te besteden (Booth Centre).

d. Managed Alcohol Projecten (Canada)

Een Managed Alcohol Program (MAP) is een programma waar cliënten *gecontroleerde hoeveelheden* alcohol kunnen verkrijgen, met als hoofddoel het sociaal functioneren van deze cliënten te verbeteren. MAP is gebaseerd op het principe dat personen met een alcoholverslaving niet meer in staat zijn hun alcoholgebruik te controleren. Door de externe controle van een MAP zou de cliënt minder schade ondervinden aan zijn alcoholgebruik. De dosis wordt afhankelijk van de patiënt zijn situatie berekend om zo ontwenningsverschijnselen en craving te vermijden. Het verschil met een 'gewone' alcoholgebruiksruimte is het *controlerende* aspect in deze alcoholverstrekking. Een MAP kan zich ook in verschillende soorten settings ontwikkelen. Zo bestaan er MAP-programma's in daklozenvoorzieningen alsook in residentiële voorzieningen (Muckle, Muckle, Welch, Tugwell, & P., 2012; Podymow, Turnbull, J., Yetisir, & Wells, 2006).

Onderzoek bij chronische daklozen toonde aan dat een Managed Alcohol Project duidelijk een stabiliserend effect had op het alcoholgebruik en zorgde voor een verbetering op vlak van hygiëne

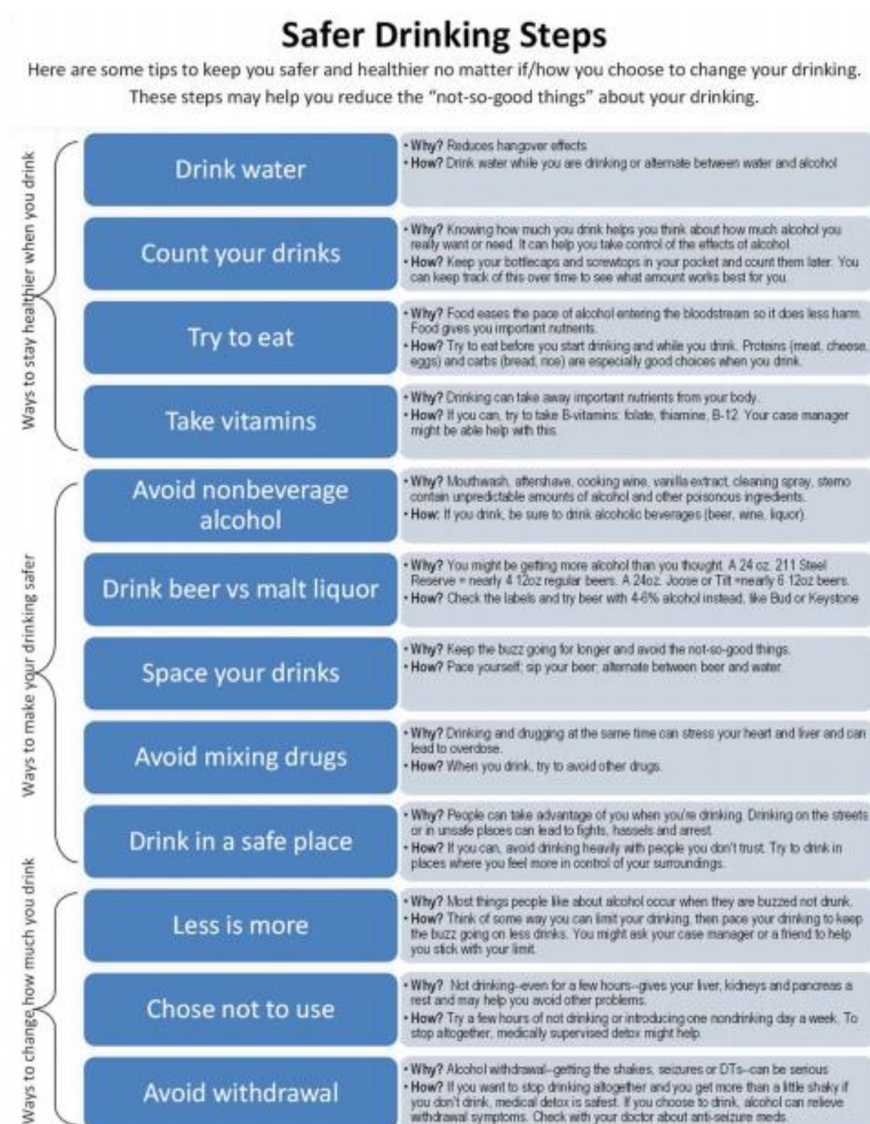
en voeding. Ook daalde het contact met politie met 51% en het aantal spoedopnames met 36% (Podymow, Turnbull, J., Yetisir, & Wells, 2006). Een review van Muckle, et al. (2012) verzamelde 22 onderzoeken om de effectiviteit van MAP te vergelijken met (zelf) gecontroleerd drinken, brief intervention, traditionele (abstinentie-gerichte) interventies en een controlegroep. Hun besluit was echter dat er geen gepaste RCT's studies voorhanden zijn om wetenschappelijk onderbouwde conclusies te trekken.

e. Risk Assessment
Risico Assessment is een populair instrument voornamelijk bij de inschatting op het risico van geweld en suïcide. Hierbij wordt via een gestandaardiseerd instrument het risico op geweld en op suïcide ingeschat. Naast risicofactoren zullen evenzeer beschermende factoren worden geïnventariseerd (Tholen, 2009). De gevaren en risico's die chronisch problematisch drinken met zich kunnen meebrengen bij cliënten taxeren en vervolgens (indien mogelijk) actief aanpakken kan een zinvol onderdeel zijn bij een geïntegreerde aanpak naar deze doelgroep. Tot op heden staat het onderzoek naar Risk Assessment omtrent verslaving nog op een laag pitje. Alcohol Concern (2013) ontwikkelde zelf een Risk Assessment Checklist in functie van deze doelgroep. Zij benadrukken dat deze Risk Assessment een aanvulling zou kunnen zijn bij reeds bestaande gestandaardiseerde instrumenten. De checklist die ze ontwikkelden bevat vragen omtrent 1) *Gezondheid* (Heeft de cliënten een tekort aan vitaminen? Is er een urinegeur of de geur van rottend vlees aanwezig bij de cliënt, wat kan wijzen op gezondheidsproblemen?); 2) *Praktische risico's* (Gebruikt de cliënt bepaalde machines onder invloed? Heeft de cliënt een brandalarm in zijn woning?) en 3) *Verwaarlozing en andere wantoestanden* (Heeft de cliënt huisdieren waar hij voor zorgt? Is de cliënt verantwoordelijk voor (klein)kinderen?).

2.3. Gecontroleerd en veilig(er) drinken

Zoals reeds werd aangehaald wordt abstinentie als enige behandeldoel rond verslaving zowel door experten als cliënten met een alcoholafhankelijkheid verworpen (Rehm, Room, & Monteiro, Alcohol Use, 2004; Collins, et al., 2012). Het naar voor schuiven van een 'veilige' drinkstrategie naar de doelgroep wordt aangeraden als een meer plausibele en haalbare doelstelling voor deze doelgroep. Collins et al. (2015) ontwikkelden een 'veiliger drinken strategielijst' (figuur 5) voor hulpverleners die zich focust op drie niveaus: het verminderen van alcoholgerelateerd schade, veranderen van het drinkgedrag (veiliger drinken) en het verminderen van aantal eenheden (gecontroleerd drinken). Deze aanpak werd recent ook onderzocht bij daklozen met een chronische alcoholverslaving in een studie door Grazioli, Hicks, Kaese, Lenert en Collins (2015). De resultaten toonden aan dat alle deelnemers minstens één strategie uitprobeerden sinds de start van het onderzoek. Van de drie soorten categorieën werd 'het verminderen van alcoholgerelateerde schade' (water drinken, vitaminen nemen, eten voor het drinken, …) het vaakst toegepast en volgehouden. De tweede meest gebruikte strategie voor deze doelgroep was het 'veranderen van hun drinkgedrag' (drinken op een veilige plaats, bier verkiezen boven sterkedrank, …). De laatste categorie, het verminderen van aantal eenheden, werd slechts door 10% van de deelnemers toegepast (Grazioli et al, 2015).

Figuur 5. *Safer drinking strategy list.* Collins et al (2015)



2.4. Medicatie

Naltrexone is een medicijn dat naar voor wordt geschoven omdat het, in tegenstelling tot andere medicatie, veilig en effectief zou zijn voor zowel abstinente personen als voor personen die nog steeds actief aan het drinken zijn (O'Mally, Jaffe, & Chang, 1996; Garbutt, Kranzler, & O'Mally, 2005). Dit medicijn kan ingenomen worden via een dagelijkse orale inname maar eveneens via een maandelijkse injectie. Voornamelijk deze laatste vorm wordt sterk naar voor geschoven voor chronische alcoholgebruikers die moeilijk te bereiken zijn. Deze maandelijkse injectie kan medicatietrouw bevorderen en stimuleert eveneens een maandelijkse medische follow-up bij deze cliënten (Collins, et al., 2015). Onderzoek toont aan dat Naltrexone een statistische significante daling veroorzaakt in problematisch drinkgedrag, ook wanneer er vergeleken wordt met een controlegroep waar een placebo werd toegediend (Garbutt, Kranzler, & O'Mally, 2005). In een onderzoek van Collins et al, (2015) bij dakloze personen met een chronische alcoholverslaving, werd het toedienen van Naltrexone gecombineerd met de begeleiding rond veilig(er) drinken op basis van de 'safer drinking strategy list' (cfr. 2.3. Gecontroleerd en veilig(er) drinken). Patiënten gaven aan dat ze de behandeling 'relatief acceptabel' vonden, maar naarmate de behandeling vorderde daalde deze tevredenheid significant. Een cliënt gaf volgende uitleg: *'Ik dacht dat het een magische kuur zou zijn, maar ik begin de beseffen dat dit niet het geval is. De behandeling doet je echter wel vertragen, ... wat wel positief is.'* Maar desondanks de dalende tevredenheid, waren

63% van de deelnemers op het einde van de studie geïnteresseerd om de therapie verder te zetten. Hoewel de deelnemers niet specifiek gevraagd werden om hun alcoholgebruik te doen dalen, toonden de resultaten ook een significante daling in alcoholgebruik, craving en alcoholgerelateerde problemen.

Nalmefeen (Selincro®), een opioïdreceptorantagonist verwant aan naltrexone, wordt vanaf 1 april 2014 in België gecommercialiseerd en terugbetaald.

In twee gerandomiseerde placebogecontroleerde studies over een periode van 6 maanden werd de doeltreffendheid geëvalueerd van nalmefeen, toegediend indien nodig gedurende 6 maanden bij in totaal 1.332 patiënten. De resultaten tonen een effect dat nauwelijks groter is dan dit van placebo in termen van vermindering van het aantal dagen van hoog alcoholverbruik (heavy drinking days) en van het dagelijkse alcoholverbruik: het verschil tussen de twee groepen bedroeg minder dan 2 dagen per maand van hoog alcoholverbruik, en bedroeg 5 à 9 g alcohol per dag (d.w.z. ongeveer ½ glas wijn per dag). In een derde placebogecontroleerde studie met een duur van één jaar leidde nalmefeen niet tot een statistisch significante vermindering van deze evaluatiecriteria na 6 maanden, maar wel na één jaar. In al deze studies kregen de patiënten in de verschillende groepen psychosociale ondersteuning, en het placebo-effect is daarbij zeer belangrijk.
De klinische relevantie van de resultaten van deze studies is dus onduidelijk, temeer daar de studie-uitval ook hoog was (30 à 50 %). Daarenboven zijn er geen vergelijkende studies met naltrexon of acamprosaat. Nalmefeen is dus geen wondermiddel bij de aanpak van chronische alcoholverslaving (http://www.bcfi.be/Folia/2014/F41N06E.cfm)

2.5. Assertieve Outreach/Bemoeizorg
Outreach is een specifieke vorm van hulpverlening waarbij cliënten (vaak zorgmijders) actief worden benaderd en ongevraagd hulp worden aangeboden. De doelgroep die men beoogt te bereiken zijn sociaal kwetsbare personen die voldoen aan de volgende vijf kernmerken: (1) Aanwezigheid van een psychiatrische stoornis (waaronder verslaving); (2) Aanwezigheid van problemen binnen andere levensgebieden; (3) Niet in staat om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (huisvesting, inkomen, sociale contacten, …); (4) Gebrek aan mogelijkheden om de problemen zelf op te lossen en (5) Afwezigheid van een adequate zorgvraag. De uitgangspunt van bemoeizorg is het verbeteren van de zorg naar deze zorgmijders, het verhogen van de kwaliteit van het leven en de reductie van schade. Outreach wordt vaak gezien als een voorfase van casemanagement (zie 2.6. Casemanagement). De outreacher traceert een zorgwekkende zorgmijder, legt actief contact en leidt de cliënt naar de reguliere zorg (Doeders, Meulders, & Knibbe, 2004; Trimbos, sd). Maar in de Nederlandse praktijk zien we dat deze taakomschrijving vaak verschilt van team tot team. Terwijl in sommige projecten de outreacher de cliënt slechts zal toeleiden naar de reguliere zorg, zal in een andere team de hulpverlener instaan voor het totale traject tot en met het afronden van de hulpverlening (Doeders, Meulders, & Knibbe, 2004).

In Vlaanderen zien we de laatste jaren een opkomst van outreachteams o.a. in de vorm van mobiele teams die zijn opgericht in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Een mobiel team dat specifiek gespecialiseerd is rond verslaving bestaat er echter niet. Sommige mobiele teams hebben echter wel een 'verslavingsdeskundige' die rond dit thema up-to-date blijft.

In Wallonië bestaat er het project CASA dat een onderdeel is van het residentiële centrum Ellipse. Dit project is gesubsidieerd door het Fonds Ter Bestrijding van Verslaving en is gespecialiseerd in het assertief bereiken van personen met een zware alcohol- en drugverslaving (Ellipse, 2015).

Onderzoek toont aan dat outreachend werken effectief is voor het toeleiden van zorgmijders naar de reguliere zorg. In een Amerikaans onderzoek van Fisk, Rakfedt en McCormack (2006) ging een assertive outreachteam de straat op, om daklozen met een alcoholverslaving te bereiken die de zorg mijden. Van alle cliënten die werden doorverwezen konden 41% succesvol starten met een behandeling (Fisk, Rakfeldt, & McCormack, 2006).

2.6. Casemanagement

Bij casemanagement staat de coördinatie van het hulpverleningstraject bij cliënten met complexe, meervoudige en chronische problematieken centraal. De belangrijkste doelstellingen die een casemanager voor ogen heeft zijn zorgcontinuïteit, zorg op maat, het verbeteren van de levenskwaliteit en het verminderen van de schadelijke effecten van het alcohol- en/of druggebruik. Hij doet dit aan de hand van 1) *Assessment:* behoeften van de cliënt inschatten; 2) *Planning*: opstellen van een zorgplan; 3) *Netwerken:* Het regelen van de benodigde zorg; 4) *Monitoring:* actief wegen van de geleverde zorg en ingrijpen waar nodig; 5) *Evalueren* van de geleverde zorg (Tielemans & de Jong, 2007; Wolf, Mensink, van der Lubbe, & Planije, 2002). In de literatuur worden verschillende vormen van casemanagement omschreven, gaande van het Makelaarsmodel (grote caseload/weinig directe hulpverlening), Intensive Casemanagement (middelgrote Caseload/meer directe hulpverlening) tot het Assertive Community Treatment (ACT, kleine caseload/veel directe hulpverlening) model.

Onderzoek naar de effectiviteit van casemanagement bij deze doelgroep geeft wisselende resultaten. Een onderzoek van Commander et al.(2005) bij chronisch psychiatrische patiënten, waarvan de helft kampte met een verslavingsproblematiek, toonde aan dat patiënten na twee jaar nog steeds in contact waren met hun casemanagers en minder tijd in ziekenhuizen spendeerden. Daartegenover was er geen significante verbetering op vlak van symptomen en sociaal functioneren. Een ander onderzoek van Shumwayen en collega's (2008) bevestigde de daling in gebruik van spoeddiensten (maar liefst met 82%) aan de hand van casemanagement. Hier zorgde het project wel voor een significante daling in dakloosheid en alcoholgebruik.

a. (F)ACT-team (NL)

Sinds 2010 bestaat er in Nederland het project *Modelontwikkeling ACT/FACT voor nieuwe doelgroepen.* Eén van de doelgroepen waar dit huidige project op focust zijn personen met een afhankelijkheid. ACT is ontstaan in de jaren zeventig door Stein en Test (1980) als een mogelijks antwoord op het fenomeen '*draaideurpatiënten'*. Belangrijke kenmerken van ACT zijn multidisciplinariteit, lage (gedeelde) caseload, actieve benadering (assertive outreach) en intensieve zorg voor onbeperkte tijd (Bond, Drake, & Mueser, 2001; van de Sande & Neijmeijer, 2011). Met de afkorting 'FACT' wordt in Nederland de functie-ACT bedoelt waarbij het gaat om de zorg voor een hele groep patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (Vugt, et al. 2011). Dit houdt in dat het hele team de verantwoordelijkheid deelt voor elke cliënt. Dit heeft als voordeel dat het de uitputting van individuele teamleden kan tegengaan. Ook kan op deze manier uit veiligheidsoverwegingen overwogen worden sommige cliënten met twee hulpverleners te bezoeken (van de Sande & Neijmeijer, 2011).

b. Intensive Casemanagement Project (ICM) (BE)

Sinds januari 2011 bestaat er in de Gentse regio het pilootproject 'Intensive Casemanagement' (ICM) als nazorgprogramma bij personen met een chronische alcoholafhankelijkheid die eveneens heel wat complexe problemen vertonen op sociaal en maatschappelijk vlak. ICM kan omschreven worden als een vorm van outreachende, laagdrempelige, intensieve en geïndividualiseerde hulp, waarbij een casemanager instaat voor de opvolging en coördinatie van het hulpverleningsproces bij een beperkt aantal patiënten. De focus ligt op 'harm reduction' en 'verbetering van de levenskwaliteit'. Dit project werd getrokken door PC. Dr. Guislain, Kliniek de Pelgrim en PZ Sint-Camillus. Er werd na twee jaar geëvalueerd dat de methodiek geen magische oplossing bood op de *draaideurproblematiek.* In heel wat casussen werd er echter gezien dat er minder langdurige opnames nodig waren bij de cliënt, in vergelijking met voor ICM, maar eerder af en toe korte crisisopnames (Magerman, 2013).

2.7. Chronic Disease Management

Chronic Disease Management (CDM) is een geïntegreerde langdurige aanpak dat voor het eerst beschreven werd door Wagner (2000). Het omvat de coördinatie van primaire en gespecialiseerde zorg en de ontwikkeling van evidence-based behandelplannen door een multidisciplinair team die *samen* een groep patiënten ondersteunen. Volgens CDM is een effectief multidisciplinair team ruimer dan enkel het team binnen eenzelfde organisatie. CDM omvat vaak samenwerking met verschillende disciplines uit verschillende voorzieningen (Saitz, Larson, LaBelle, Richardson, & Samet, 2008).

Onderzoek naar CDM en verslaving toont inconsistente resultaten aan. In een studie van Saitz et al. (2008) werden cliënten met een verslaving (zowel illegale drug als alcohol) opgevolgd voor 12 maanden. Een positieve bevinding was dat maar liefst 95% van de deelnemers hun deelname van een jaar afwerkte. Wanneer er vergeleken werd met een controlegroep werden er echter geen significante verschillen opgemerkt op vlak van abstinentie, ernst van de verslaving of levenskwaliteit. Een andere studie vond echter dat therapietrouwheid bij CDM zeer laag was bij personen met een verslaving. Meer bepaald werd er gevonden dat hoe ernstiger de verslaving was bij een persoon, hoe groter de kans dat deze zou afhaken (Kim, et al., 2011). In een andere studie van Kim et al. (2012) werden deze resultaten echter niet gerepliceerd. In hun onderzoek werd CDM opnieuw toegepast bij personen met een alcohol- of drugverslaving. Deze keer werd er gevonden dat de ernst van de verslaving wel degelijk was afgenomen. Zij concludeerden dat goede CDM voor positieve uitkomsten kunnen zorgen.

C. GOOD PRACTICES: WERKBEZOEK ALCOHOL CONCERN

In de loop van dit project werden er contacten gelegd met Mike Ward, stafmedewerker van de Britse non-profit organisatie Alcohol Concern. Mike Ward is medeoprichter van het *Blue Light Project* en tevens schrijver van de handleiding *`Working With Change Resistant Drinkers'*. Op dinsdag 26 mei vond er een werkbezoek plaats in Londen waar er rond de tafel werd gezeten met Mike Ward en een aantal van zijn collega`s. In wat volgt wordt er kort een schets gegeven van Alcohol Concern en hun pionierswerk omtrent dit thema.

1. Alcohol Concern

Alcohol Concern is een non-profit organisatie met een werkingsgebied in England en Wales. De drie kerntaken van de organisatie zijn 1) het ondersteunen van gebruikers en hun omgeving, 2) het ondersteunen van professionals en intermediairs door middel van training, projecten en onderzoek en 3) het bereiken van de algemene bevolking door allerhande campagnes (Alcohol Concern, 2015).

2. Blue Light Project

The Blue Light Project is een nationaal initiatief van Alcohol Concern met als doelstelling het ontwikkelen van alternatieve strategieën en zorgpaden voor behandelingsresistente probleemdrinkers die heel wat schade veroorzaken op maatschappelijke diensten.

2.1.Verloop project

In 2013 kreeg Alcohol Concern de oproep van enkele lokale diensten dat er een nood is aan een specifieke aanpak voor veranderingsresistente drinkers. Er werd een projectvoorstel uitgeschreven waarop er vervolgens meer dan 100 lokale voorzieningen werden gecontacteerd met de vraag naar samenwerking en financiering. Deze oproep bracht heel wat reactie teweeg. Om te beginnen gaven 5 organisaties aan bereid te zijn om samen met Alcohol Concern een specifieke aanpak naar deze doelgroep te ontwikkelen. Daarbovenop kregen ze financiële steun van 23 voorzieningen. Met deze steun werd er een literatuur- en kwalitatief onderzoek opgestart naar deze doelgroep en werd er vervolgens een handleiding voor praktijkwerkers uitgewerkt: *`Working With Change Resistant Drinkers'*. Het project werd opgemerkt door Public Health England, een overheidsdienst die instaat

voor het verbeteren van de volksgezondheid. Zij beslisten om ondersteuning te bieden bij de ontwikkeling van de eerste vijf pilootprojecten naar deze doelgroep, waar Nottingham LTC-team er een van is (cfr. 1.2.3. Pilootproject: Nottinghamshire Longterm Condition Team).

2.2. The Project Manual: `Working With Change Resistant Drinkers`

In navolging van het literatuuronderzoek werden de verzamelde methodieken gebundeld in een handleiding die een kader en concrete handvaten wil bieden voor professionals die met deze doelgroep aan de slag gaan. De handleiding bevat onder andere 1) Risk Assessment afgestemd op problematische drinkers, 2) Harm reduction technieken, 3) Advies omtrent voeding en voedingsgewoonten, 4) Checklist voor niet-medisch opgeleide hulpverleners omtrent gezondheidsrisico`s en 5) Motivationele technieken. De handleiding werd gratis ter beschikking gesteld op de website van Alcohol Concern (Ward & Holmes, 2014).

2.3. Pilootproject: Nottinghamshire Long term Condition Team

Het Nottinghamshire Long Term Condition-team is een van de vijf pilootprojecten die in 2013 werden opgericht in navolging van het Blue Light Project. Het LTC team focust zich voornamelijk op veranderingsresistente probleemdrinkers die excessief gebruik maken van ziekenhuisdiensten. Het LTC team zal via intensieve casemanagement proberen om met deze cliënten een werkrelatie op te bouwen, hun situatie te stabiliseren en hen toe te leiden naar gepaste zorg. Het team bestaat uit 4 verpleegkundigen die elk een maximum caseload hebben van 12 cliënten. Naast de frequente cliënt focused meetings met het LTC-team, gaat er eveneens tweemaal per maand een Blue Light-meeting door waar alle stakeholders op uitgenodigd worden (brandweer, huisvestingsdiensten algemeen welzijnswerk, politie, liaisonfunctie ziekenhuizen en spoeddiensten).

In 2015 werd een eerste evaluatie van het project gepubliceerd. Hieruit bleek dat er sinds de start van het project 84 cliënten werden doorverwezen naar het team. Hiervan waren er twee jaar later 47 cliënten nog steeds in begeleiding. 11 cliënten werden sinds de start doorverwezen en 26 werden in de loop van het traject afgerond (10 wegens overlijden, 10 afhakers en 6 wegens wederzijdse afronding). Ook werd er berekend of er een duidelijke ziekenhuisgerelateerde kostendaling is teweeggebracht sinds de opstart van het project. Ze berekenden voor een bepaalde regio in Nottingshire de ziekenhuiskosten die deze cliënten teweegbrachten voor de opstart van het project en vervolgens tijdens het verloop van het project. Hieruit bleek dat het project een duidelijke daling in ziekenhuiskosten en een duidelijke reductie in (spoed)opnames teweeg had gebracht (Ward & Booker, 2015).

D. KWALITATIEF ONDERZOEK

1. Ledenbevraging

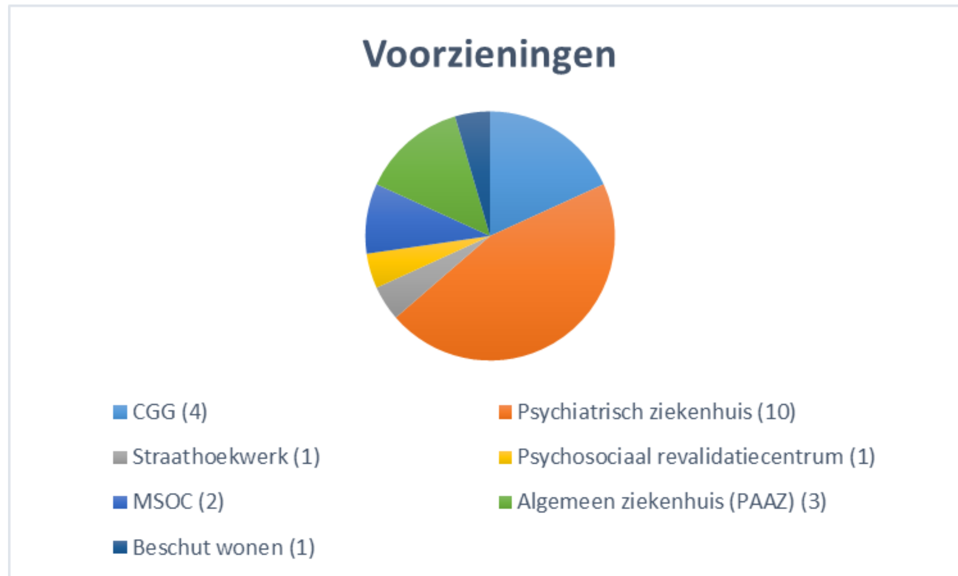
Om een beter zicht te krijgen op de huidige Vlaamse situatie, werd er een online bevraging opgesteld die peilde naar de noden en mogelijkheden omtrent het zorgaanbod naar deze doelgroep. In totaal werden er 69 organisaties aangeschreven via de ledenlijst van de Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen vzw (VAD). Van de betrokken organisaties vulden er uiteindelijk 22 de bevraging effectief in, dit komt neer *op iets meer dan 1/3e* van de beoogde voorzieningen.

1.1. Algemene informatie

Van de 22 organisaties die de vragenlijst invulden, zijn er zeven in Oost-Vlaanderen gelokaliseerd, vier in West-Vlaanderen, drie uit de provincie Vlaams-Brabant, drie uit Limburg en vier uit de provincie Antwerpen. Eén organisatie had een Vlaams werkingsgebied en dus ook verschillende vestigingen over de verschillende provincies. We zien dus een oververtegenwoordiging van de provincie Oost-Vlaanderen in onze bevraging. Het merendeel van de enquêtes (n = 13) werden ingevuld door stafmedewerkers met een coördinerende functie (directeur, afdelingshoofd, teamleider, coördinator, hoofdverpleegkundige, …). Vier vragenlijsten werden ingevuld door

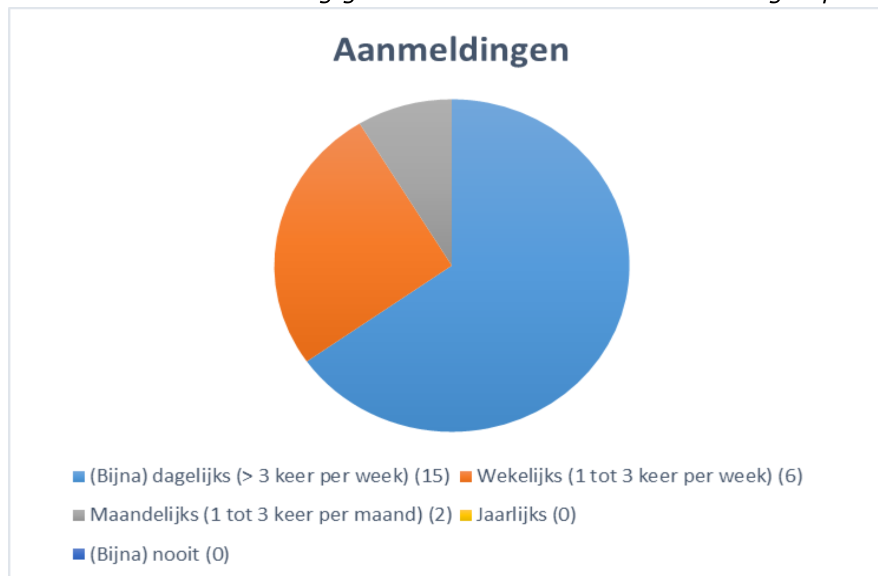
klinische psychologen van het team. Verder vulden twee artsen, één ergotherapeut en één verpleegkundige de bevraging in.

Figuur 1. Betrokken voorzieningen



De meeste organisaties (65%) komen *bijna dagelijks* in contact met deze doelgroep. 26 % geeft aan wekelijks met deze cliënten te werken. Slecht 9% zou maandelijks met deze doelgroep aan de slag gaan. Gemiddeld genomen kunnen we stellen dat de verschillende soorten voorzieningen (CGG, PC, AZ, …) aangeven *frequent* met deze doelgroep in contact te komen.

Figuur 2. Hoe vaak heeft uw voorziening gemiddeld te maken met deze doelgroep?



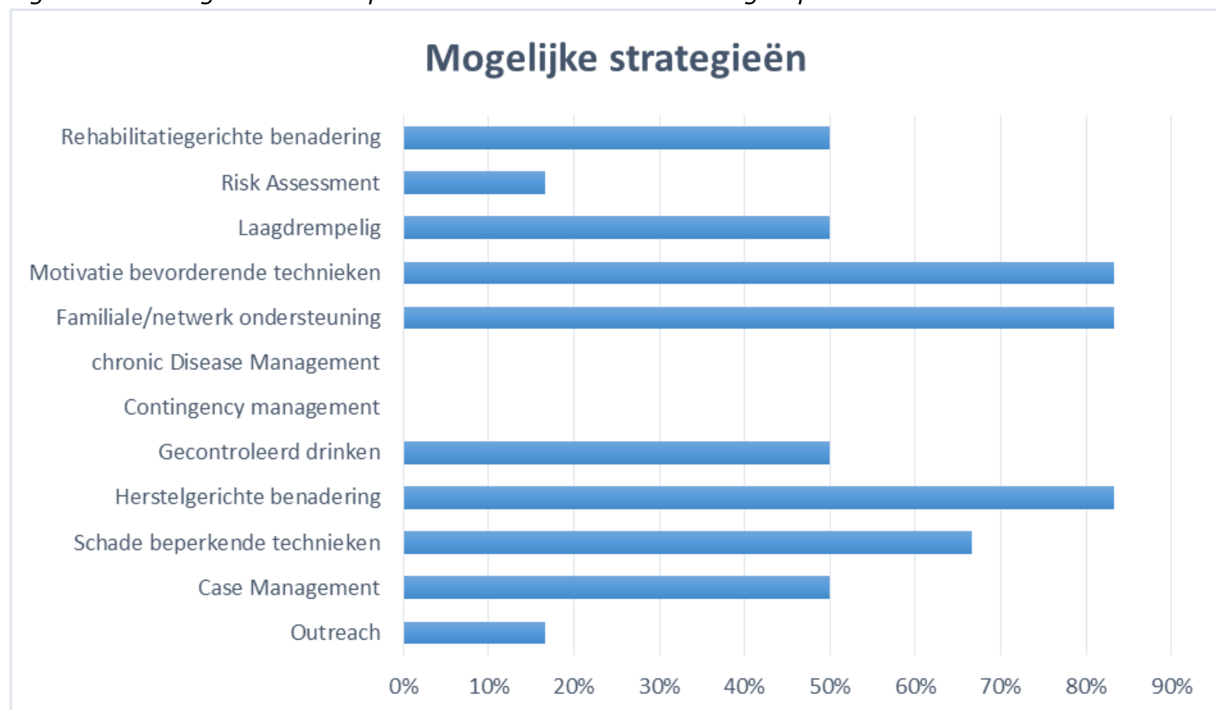
1.2. Aanbod in Vlaanderen

29,2 % (n = 6) van de voorzieningen geeft aan *een specifiek aanbod* te hebben voor deze doelgroep. Meer bepaald zijn dit twee CGG's, drie Psychiatrische Ziekenhuizen en één Algemeen Ziekenhuis. In 63,6% van de gevallen (n = 14) zal deze cliënt intern een *algemeen aanbod* volgen, waarvan de voorziening inschat dat het programma het meest aansluit bij de noden van deze cliënt. Kortom, 93 % of 20 van de 22 centra geven aan dat ze een aanbod hebben waarmee ze proberen deze doelgroep verder te helpen. Enkel bij de MSOC's werd er aangegeven dat er geen behandelmogelijkheden zijn, aangezien een comorbiditeit met een illegale drug vereist is.

1.2.1. Specifieke aanpak

Om te beginnen valt op dat organisaties die een specifiek aanbod naar deze doelgroep hebben ontwikkeld, *verschillende strategieën combineren* om zo tot *een geïntegreerde aanpak* te komen. Een aantal strategieën steken er duidelijk bovenuit. Zo maakten verschillende voorzieningen voor deze doelgroep de verschuiving naar een *herstelgerichte benadering.* Dit betekent dat ze, in plaats van symptoomreductie, de *verbetering van levenskwaliteit* naar voor schuiven als belangrijkste behandeldoel. Tegelijkertijd blijven ze de cliënt *motiveren* tot gepaste hulp en gedragsverandering. Betrekken en ondersteunen van *familie en netwerk* werd eveneens benoemd als belangrijke pijler in hun aanbod.

Figuur 3. Strategieën in een specifiek aanbod naar deze doelgroep.



Een aantal andere belangrijke technieken die door minstens de helft van de organisaties werden vermeld waren *schadebeperkende technieken, casemanagement, laagdrempelig werken en gecontroleerd drinken*.

Voorbeeld 1. Algemeen ziekenhuis, PAAZ

"Bij cliënten die via spoed binnenkomen gaan we via interne consulting proberen te motiveren tot een opname. Hierbij zullen we steeds familie proberen betrekken. Indien we niet in staat zijn deze cliënt te motiveren tot opname zullen we deze eventueel doorverwijzen naar het outreachteam."

Voorbeeld 2. Ambulant gespecialiseerd centrum, CGG

"Bij veranderingsresistente cliënten gaan wij steeds proberen om haalbare doelen te stellen. Hiervoor kunnen cliënten een cursus volgen waarbij er stelselmatig wordt stilgestaan bij de eigen doelen en het eigen gedrag. Schadebeperking is vaak een doel op zich bij zware persistente drinkers."

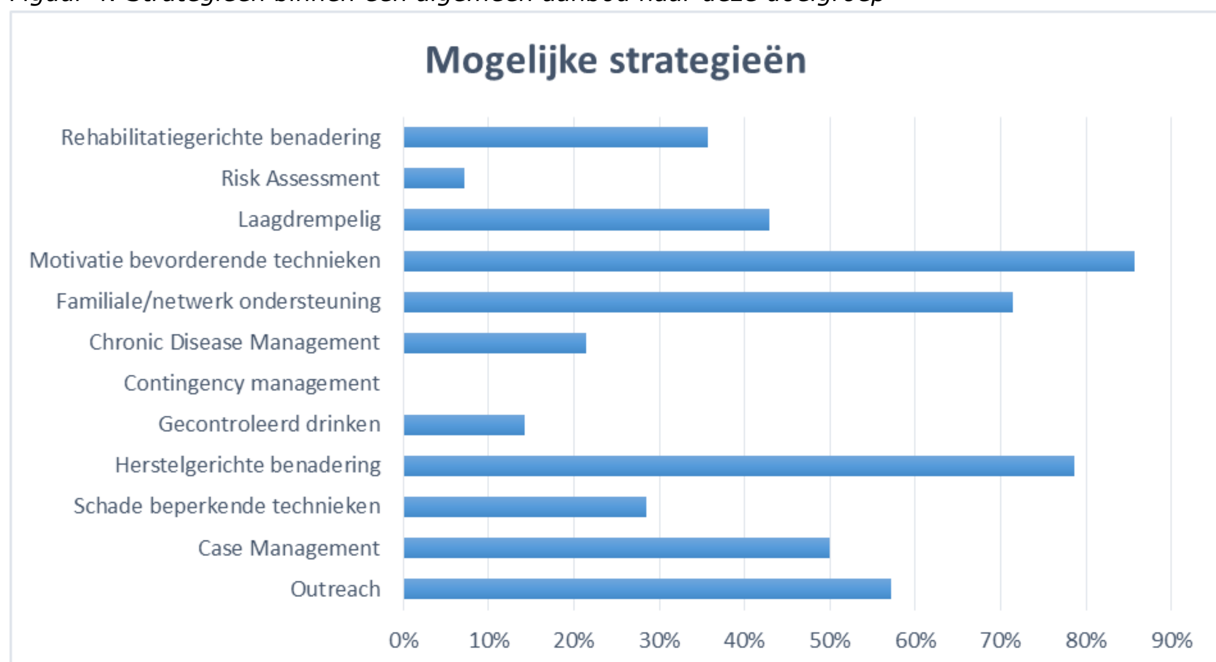
Voorbeeld 3. Algemeen ziekenhuis, PAAZ

"Wij stelden vast dat het bij veel draaideurcliënten moeilijk is om de cirkel te doorbreken. Het is namelijk eigen aan deze patiënten om herhaaldelijk te hervallen. Ook is er vaak een afwezigheid van een realistische toekomstvisie. Vandaar dat binnen onze residentiële setting het nu mogelijk is om een programma te volgen met de focus op gecontroleerd drinken. Het 'hier en nu' staat hierbij centraal. Wij willen deze mensen begeleiden via een gestructureerd programma om hen te leren omgaan met hun "beperking". Hierbij worden al hun overlevingsresources aangesproken, bekrachtigd en gewaarborgd voor de toekomst."

1.2.2. Algemeen aanbod

Zoals reeds aangegeven sluiten deze cliënten bij de meeste voorzieningen aan bij een algemeen aanbod. Wel valt het op dat dit *algemeen aanbod* vaak diezelfde strategieën toepast als bovenstaande omschreven *vormen van een specifieke aanpak* voor deze doelgroep. Zo zien we dat de drie meest gebruikte methodieken ook hier *motivatiebevordering, familiale/netwerkondersteuning* en *herstelgericht benadering* inhouden. Een mogelijke hypothese is dat deze voorzieningen reeds een aanbod hadden dat goed aansloot bij de noden van deze doelgroep, waardoor zij niet geneigd waren een nieuw aangepast aanbod te ontwikkelen. Andere belangrijke strategieën die door *minstens de helft* van de voorzieningen werden toegepast zijn *casemanagement* en *outreach*.

Figuur 4. Strategieën binnen een algemeen aanbod naar deze doelgroep



Het grootste verschil zien we bij de strategieën *gecontroleerd drinken* en *schadebeperkende technieken*. Organisaties met enkel een algemeen aanbod, zullen deze strategieën veel minder toepassen dan organisaties die wel een specifiek aanbod hebben ontwikkeld.

1.3. Doorverwijzing

Uit het voorgaande blijkt dat deze cliënten, onder bepaalde voorwaarden, bij de meeste voorzieningen een specifiek of algemeen aanbod kunnen volgen. Maar vanaf wanneer proberen voorzieningen deze cliënten door te verwijzen naar een andere vorm van hulp? Het overwegen van een doorverwijzing hangt natuurlijk steeds af van casus tot casus en van organisatie tot organisatie. In wat volgt bekijken we de beweegredenen van verschillende soorten voorzieningen op vlak van doorverwijzingen.

1.3.1. Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC)
Bij het MSOC kunnen cliënten met een chronische alcoholverslaving enkel een traject starten wanneer er eveneens *problematisch druggebruik* aanwezig is. Wanneer het druggebruik wegvalt en de alcoholafhankelijkheid prominent wordt, zal er een doorverwijzing gebeuren. Afhankelijk van de lichamelijke toestand zal er een ambulante gespecialiseerde begeleiding of een opname overwogen worden.

1.3.2. Ambulante gespecialiseerde voorzieningen
Ambulante voorzieningen gaven aan dat wanneer er ernstige lichamelijke klachten (lever, pancreas, bloedsuikerspiegel, neurologische schade) opduiken die zorg vereisen, er een doorverwijzing naar een arts, specialist of Algemeen Ziekenhuis zal gebeuren. Bij zware acute intoxicatie zal er vooral gebruik worden gemaakt van crisisopnames zoals een EPSI. Bij periodes van excessief gebruik en zelfcontroleverlies die ambulante zorg (op dat moment) ontoereikend maken, zal op dat moment eerder een Psychiatrisch Ziekenhuis de voorkeur hebben.
Ook wanneer er duidelijk een psychiatrische problematiek aanwezig is die de begeleiding in sterke mate beïnvloed (o.m. psychotisch gedrag, ernstige vorm van depressie, impulscontrolestoornis, …) zal er interne of externe doorverwijzing overwogen worden.

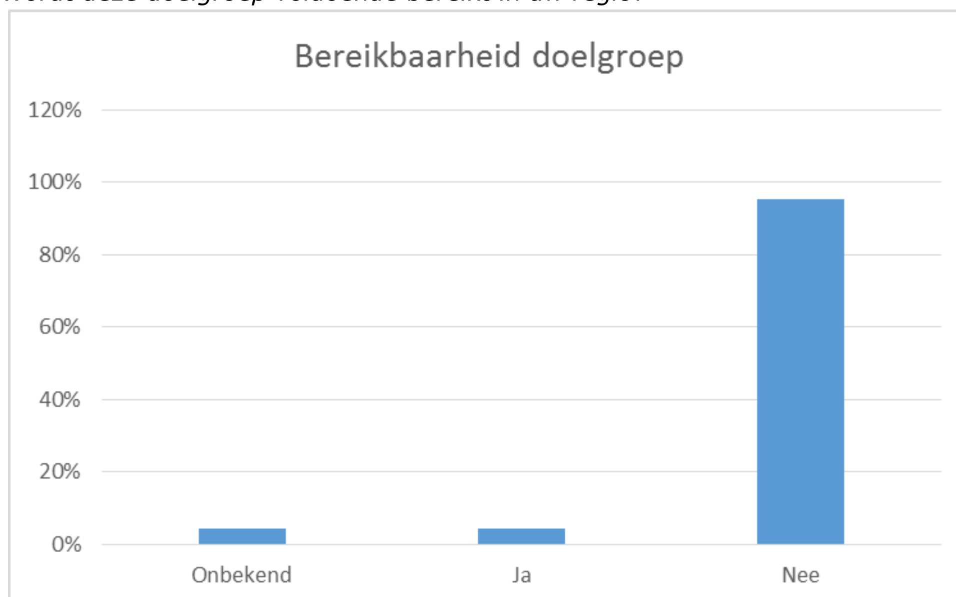
1.3.3. Algemeen ziekenhuis – PAAZ
Bij de cliënten die een ernstig gevaar zijn voor zichzelf (bv. desastreuse woonsituaties, zware gezondheidsproblemen, …) worden doorverwijzingen naar een psychiatrisch ziekenhuis overwogen waar er rehabilitatiemogelijkheden voorhanden zijn.

1.3.4. Psychiatrisch ziekenhuis
Binnen een psychiatrisch ziekenhuis wordt voornamelijk doorverwijzing overwogen wanneer er een syndroom van Korsakov wordt vastgesteld, aangezien dit een gespecialiseerde aanpak vereist.
Het moment wanneer een cliënt sowieso de afdeling moet verlaten, is wanneer deze alcohol op de afdeling zou binnengebracht hebben. Eventueel is er ook interne of externe doorverwijzing mogelijk naar crisisafdelingen wanneer de patiënt binnen de leefgroep niet meer gehanteerd kan worden.

1.4. Knelpunten
Er werd, aan de hand van een open vraag, aan de deelnemende voorzieningen gevraagd om de *knelpunten* die zij ervaren rond deze doelgroep te formuleren. We merken dat heel wat van deze noden *gelijklopend* zijn voor de verschillende soorten voorzieningen. In wat volgt clusteren we een aantal van de belangrijkste opmerkingen.

1.4.1. Bereiken van de doelgroep
Hoewel de meeste organisaties aangeven dat ze dagelijks met de doelgroep in aanraking komen, hebben de meesten de indruk dat het zeer moeilijk is om deze doelgroep voldoende te bereiken. Concreet geeft meer dan 95% van de organisaties aan dat deze doelgroep onvoldoende bereikt wordt in hun regio. Er ontbreekt vaak een voldoende uitgebouwd zorgnetwerk in het kader van het tijdig signaleren van deze zware problematiek. Dit probleem blijkt nog meer uitgesproken in landelijke regio's, waar het ook extra moeilijk blijkt te zijn om vervolgens een netwerk rond een patiënt uit te bouwen.

Figuur 5. Wordt deze doelgroep voldoende bereikt in uw regio?



1.4.2. Handvaten en kader

Heel wat organisaties zonder een specifiek zorgaanbod voor deze doelgroep, worden desalniettemin toch vaak geconfronteerd met deze doelgroep. Organisaties en hulpverleners dienen te roeien met de riemen die ze hebben. Intussen brengen deze cliënten vaak heel wat onrust teweeg binnen teams. Hulpverleners worden vaak overmand door een gevoel van hopeloosheid en raken gedemotiveerd. De veranderingsresistentie, onregelmatige aanwezigheid op afspraken en gebrek aan toekomstperspectief zorgen vaak voor frustratie. Binnen residentiële centra kunnen deze cliënten ook onrust teweeg brengen bij de andere cliënten. Hun aanwezigheid is soms erg belastend voor die personen die wél *'serieus'* bezig zijn.

Er ontbreekt kortom een visie, richtlijnen en praktische handvaten om deze personen een zo kwalitatief mogelijke behandeling te geven. Vooral de nood aan kennis over een alternatieve benadering voor deze problematiek werd naar voor geschoven.

1.4.3. Gebrek aan aanbod en doorverwijsmogelijkheden

Terwijl er voor drugproblemen al verschillende laagdrempelige voorzieningen bestaan, blijkt dit haast niet het geval voor cliënten waar *enkel* sprake is van een *alcoholafhankelijkheid*.

Het feit dat velen van deze cliënten geen hulpvraag hebben rond hun alcoholgebruik sluit veel deuren. Haast elke deelnemende voorziening geeft aan zich op een eiland te voelen wanneer het gaat over veranderingsresistente cliënten: *'Niemand staat te springen om hen te begeleiden'.*

Gedwongen opname lijkt soms de enige optie, maar blijft moeilijk te verwezenlijken.

Wanneer er dan wel een hulpvraag is, is het vrijwel zeldzaam dat een cliënt onmiddellijk ergens kan starten. Voornamelijk de wachtlijsten die bij heel wat voorzieningen aanwezig zijn (zowel bij mobiele teams, ambulante centra en residentiële voorzieningen), verhogen de drempel en bemoeilijken de continuïteit van zorg. Kortom, '*het ijzer smeden als het heet is*' lukt vaak niet.

Dakloosheid van heel wat cliënten binnen deze doelgroep zorgt voor bijkomende problemen. Residentiële centra geven aan dat de doorstroom van cliënten hierdoor vaak stroef loopt door een gebrek aan beschutte woonvormen, crisiswoningen en sociale woningen.

1.5. Mogelijkheden in Vlaanderen

Op basis van deze knelpunten werd er vervolgens bekeken welke mogelijkheden de deelnemende voorzieningen zien in het huidige hulpverleningsaanbod. Waar moet er volgens hen het meest op ingezet worden in Vlaanderen? Wat zien zij als haalbare verbeteringen? Aan de deelnemende organisaties werd eveneens de vraag gesteld of ze zelf een gespecialiseerd aanbod naar deze doelgroep in de toekomst zouden overwegen. Van de zestien organisaties die nog geen specifiek

aanbod hadden, overwogen 25% (n = 4) om in de toekomst een gespecialiseerd aanbod uit te bouwen naar deze doelgroep.
Er werd bij alle deelnemende organisaties gepolst welke ondersteuning ze zouden kunnen gebruiken om een specifiek aanbod te kunnen ontwikkelen of uit te breiden. Veruit de belangrijkste ondersteuning die organisaties aangeven te kunnen gebruiken zijn 'vorming en training' (82%) en 'samenwerking en netwerking' (77%). Voorzieningen blijken het minst nood te hebben aan 'lectuur en informatie' rond dit thema (36%).

Figuur 5. Benodigde ondersteuning bij de uitbouw van een specifiek aanbod voor deze doelgroep.



1.5.1. Handvaten en kader

Om te beginnen werd er meermaals aangehaald dat er meer onderzoek nodig is naar alternatieve behandelingen voor deze doelgroep. De huidige literatuur zou ook uitgebreid moeten worden doorzocht naar methodieken die aansluiten bij deze cliënten. Er werd gewezen op het nut van de ontwikkeling van een vormingsaanbod voor organisaties die vaak met deze doelgroep in aanraking komen. Er werd vooral naar VAD gekeken om deze rol op zich te nemen.

1.5.2. Uitbreiding aanbod

Op vlak van vernieuwingen in het huidige aanbod, zou er meer moeten worden ingezet op een *laagdrempelig aanbod*. Zo werd het voorbeeld gegeven van een inlooplokaal waar deze doelgroep zonder afspraak terecht kan voor begeleiding en allerhande praktische zaken. Ook speelde een andere organisatie met het idee dat deze doelgroep mogelijks gebaat zou zijn met een aanbod dat gecontroleerde alcoholverstrekking combineert met sociale activering.

Ook werd de oproep gedaan dat bestaande *gespecialiseerde voorzieningen* hun aanbod *aanklampender* zouden moeten maken. Aansluitend werd de oprichting van een *gespecialiseerd, multidisciplinair en assertief outreachtteam* voorgesteld.

Casemanagement werd evenzeer zeer frequent naar voor geschoven. Er bleek nood te zijn aan een *casemanager (houvastbegeleider – persoonlijke gids)* die het ankerpunt is voor de cliënt binnen zijn hulpverleningsnetwerk.

Daarnaast werd er nagedacht om meer in te zetten op alternatieve behandelmethoden en doelstellingen zoals gezondheidsbevorderende strategieën. Zo overwogen sommige organisaties om hun huidige aanbod uit te bouwen met *een groepsaanbod rond gecontroleerd drinken.*

1.5.3. Netwerking en samenwerking

Ook werd er veel nadruk gelegd op *netwerking* en *samenwerking*. Niet alleen tussen de gespecialiseerde ambulante en residentiële alcohol- en drughulpverlening, maar eveneens met straathoekwerk en andere eerstelijnstdiensten (OCMW, CAW, …). Een betere samenwerking, afstemming, intervisie en overleg tussen verschillende actoren is noodzakelijk om *een geïntegreerde aanpak* naar deze doelgroep te bekomen. Een voorstel dat naar voor werd geschoven is een *lokaal casusoverleg* rond deze doelgroep waar alle betrokken stakeholders op worden uitgenodigd. In twee Vlaamse regio's (Gent en Genk) liggen er ook al concrete plannen op tafel voor zo'n casusoverleg.

1.6. Rol van de gespecialiseerde voorzieningen

Om af te sluiten focussen we ons op de rol die de gespecialiseerde (ambulante en residentiële) alcohol- en drughulp zou hebben in een mogelijks samenwerkingsverband met algemene welzijns- en gezondheidsdiensten.

Om te beginnen werd er vooral aangehaald dat er een *wederzijdse ondersteuning* nodig is, om *een integrale aanpak* naar deze cliëntengroep te garanderen. Wel werd er vooral naar de gespecialiseerde zorg gekeken voor het ondersteunen van de eerste lijn via *intervisie, casusoverleg* en *vorming.* Gespecialiseerde voorzieningen kunnen binnen een integrale aanpak de knowhow en expertise aanleveren voor het werken met deze doelgroep. Ook voor de opvang en begeleiding voor familie en het professionele netwerk wordt naar hen gekeken.
De lange wachtlijsten moeten op de agenda blijven geplaatst worden. Door het toestroppen van de tweede- en derde lijn, valt er te veel druk op de schouders van de eerste lijn.

Samengevat werd de gespecialiseerde zorg naar voor geschoven als de motor die de andere delen aanstuurt, om zo tot een totale geïntegreerde aanpak te komen.

2. Regionale focusgroepen en interviews

Om nog diepgaander zicht te krijgen op de knelpunten en mogelijkheden die hulpverleners in verschillende settings ervaren, werden er in twee verschillende Vlaamse regio's *focusgroepen* georganiseerd en *persoonlijke interviews* afgenomen.

2.1. Methodologie

Een focusgroep is een homogeen samengestelde groep, bestaande uit 6 tot 10 deelnemers. Binnen een vooraf afgesproken tijdspanne wordt een geplande discussie gevoerd over hun ideeën, motieven, visie en denkwijze over een duidelijk afgebakend thema. Een neutrale moderator leidt het gesprek en zorgt ervoor dat alle deelnemers in even grote mate aan bod komt.

2.1.1. Onderzoeksopzet

Er werd in eerste instantie ingezet op de organisatie van drie regionale focusgroepen (Gent, Antwerpen en Leuven). In elke regio werden verschillende belanghebbende organisaties gecontacteerd en uitgenodigd om eenmalig rond het huidige thema rond de tafel te zitten. De geselecteerde professionelen werden geacht goede voeling te hebben met de doelgroep en de noden die er heersen in het welzijnsveld. Er werd gepoogd om binnen iedere focusgroep een gelijke verdeling te hebben van eerste-, tweede- en derdelijnsvoorzieningen.

De eerste focusgroep, te Antwerpen, ging door op donderdag 21 mei 2015. Er namen zeven hulpverleners deel uit zes verschillende organisaties. Er was één residentiële voorziening vertegenwoordigd, een Medisch Sociaal Opvangcentrum, een inloophuis voor daklozen, een outreachvoorziening, een casemanagementteam en een woonvoorziening.

De tweede focusgroep ging door op 28 mei 2015 te Gent. Deze keer waren er acht deelnemers van zeven verschillende voorzieningen aanwezig. Er was één residentiële voorziening vertegenwoordigd, een ambulant gespecialiseerd centrum, een outreachvoorziening, een

woonvoorziening, een wijkgezondheidscentrum, een mobiel B-team en een outreachteam met de focus op een licht mentale beperking.

Voor de laatste focusgroep in Leuven liep het een stuk moeilijker om een gevarieerde groep samen te brengen van minimum vijf deelnemers. Gezien er slecht drie bevestigingen waren, werd er besloten om de focusgroep te annuleren. Om meer data en ervaringen te verzamelen werd ervoor gekozen om deze drie organisaties telefonisch te interviewen omtrent het thema. Zo werd er een medewerker van een residentiële voorziening geïnterviewd, een medewerker van een mobiel B-team en een hulpverlener uit een woonvoorziening.

In totaal bereikten we op deze manier 18 hulpverleners die allen dagdagelijks met deze doelgroep in aanraking komen.

2.1.2. Verloop van een focusgroep

Iedere focusgroep duurde ongeveer twee uur met in de helft een korte pauze. De telefonische interviews duurden telkens ongeveer een half uur. Iedere focusgroep begon met een opwarmer waarbij de deelnemers zichzelf moesten voorstellen. Daarbij moesten ze ook drie kernwoorden benoemen die zij associeerden met de doelgroep. Vervolgens werden volgende (onderzoeks)vragen geformuleerd: *"Welke knelpunten ondervindt jouw organisatie in het werken met deze doelgroep?", "Welke mogelijkheden zien jullie voor een beter zorgaanbod naar deze doelgroep?", "Hoe kan een nieuw initiatief naar deze doelgroep er concreet uitzien?".*

De interviews werden via opname-apparatuur opgenomen. De deelnemers werden hiervan bij de start van de focusgroep op de hoogte gebracht en ondertekenden een informed consent. Bij de interviews werd het informed consent mondeling toegelicht en werd er uitdrukkelijk om toestemming gevraagd.

2.1.3. Verwerking van de data

Een observator nam tijdens de focusgroep notitie van de verbale en non-verbale communicatie. Uitspraken werden letterlijk genoteerd. Wegens tijdsoverwegingen werd er besloten om de interviews niet letterlijk uit te schrijven, maar enkel een synthese te maken van de discussies en interviews op basis van het verslag en de opnames.

2.2. Resultaten van de focusgroepen en interviews

2.2.1. Beschrijving van de doelgroep

In de beschrijving van de doelgroep kwam vaak gelijklopende kernwoorden en beschrijving terug. Het zijn namelijk in regel personen die vanaf een jonge leeftijd heel wat *verlieservaringen, trauma's* en *mislukkingen* hebben ervaren. Alcohol wordt daarom door hen soms omschreven als een *medicijn voor hun psychisch lijden*. Hun persistent drinkgedrag heeft echter doorheen de jaren op verschillende levensdomeinen voor heel wat *destructie* gezorgd. Dit alles maakt dat ze weinig ankerpunten hebben in hun leven en geëvolueerd zijn naar een zeer *hardnekkige, ellendige* en *hopeloze* situatie. Ze zijn vaak het *vertrouwen kwijt in zichzelf, in anderen* alsook in de hulpverlening.
Naast de medische klachten zijn er heel wat *sociale problemen* op te merken. Contact met familie en vrienden is vaak verbroken. Hun sociaal netwerk beperkt zich tot collega-drinkers die ze ontmoeten in cafés of op straat. Ze hebben weinig binding met zichzelf laat staan met anderen. Er is kortom veel *eenzaamheid* onder deze doelgroep.

"Je merkt dat mensen het gevoel hebben alleen te staan in de wereld. 'Het enige dat ik nog heb is mijnen halve liter.' "

"…maar vaak verschieten we wel. Als we dan een poging doen om toch nog een netwerk te vinden, krijgen we vaak de reactie: 'ik heb niemand'. Maar uiteindelijk komt er altijd wel iemand boven water, al is het maar een oude vriend."

Daarnaast is het zeer moeilijk om de *schaamte* te doorbreken bij deze doelgroep. Dit is vaak één van de redenen dat ze de stap naar de hulpverlening niet durven zetten. Door hun gebrekkige hygiëne zijn ze soms beschaamd om in een wachtzaal te zitten.

Huisvesting wordt herhaaldelijk aangehaald als een prangend probleem. Ze wonen vaak in erbarmelijke omstandigheden en gebrekkige woonsten. Dakloosheid is bij velen van hen een reële dreiging. De hulpverleners maakten het volgende onderscheid: Enerzijds heb je diegenen die wel nog een dak boven hun hoofd hebben, maar deze vier muren gebruiken om zich te verstoppen. Anderzijds heb je de groep die op straat gaan rondzwerven en overlast veroorzaken.

"Grootste ellende is niet bij de mensen op straat, maar bij die dat thuis in hun ellende zitten te schimmelen. Die ziet niemand. De manier waarop die mensen moeten leven is mensonterend."

Maar bovenal is het een doelgroep waarbij je als hulpverlener zeer vaak geconfronteerd wordt met ethische keuzes, soms op leven en dood. Deze cliënten zorgen daarom vaak voor onenigheid en onrust binnen teams.

2.3.1. Knelpunten

Als eerste onderzoeksvraag werd er samen met de deelnemers geëxploreerd naar de moeilijkheden en noden die er worden ervaren betreffende deze doelgroep. We merkten op dat er heel wat raakpunten waren bij verschillende voorzieningen.

a. Bereiken van de doelgroep

"Eigenlijk is het zeer simpel, je kan ze herkennen aan hun halve liters. Wil je ze vinden dan moet je het spoor van halve liters door de stad volgen."

"Als hulpverlener heb je het gevoel hen achterna te lopen. Het lijkt alsof we telkens één stap te laat zijn."

Het is voor de hulpverleners duidelijk dat er *een grote kloof* is tussen diegenen die bereikt worden en de personen die niet in de hulpverlening zitten. De grote vraag was dan ook: 'Hoe kunnen we deze doelgroep bereiken en vervolgens ook uit hun isolement halen?'. Er was eensgezindheid over het idee dat we al een grote stap vooruit zouden zetten, moesten we heel wat meer personen op lange termijn *in the picture* hebben. Het zijn cliënten die nu eenmaal snel afhaken en plots van de radar verdwijnen. Vaak duiken ze vervolgens terug op via spoeddiensten of politie. Een deelnemer gaf een pleidooi om deze cliënten zelfs bij herhaaldelijke aanmeldingen kansen te blijven aanbieden.

"Herhaling, blijven kansen geven. Periode opname, periode nachtopvang, periode hier, periode nachtopvang, … dat is vaak de herhaling die we bieden. Tot er dan eens een andere kans komt, mogen we ze niet lossen. "

Er werd opgemerkt dat spoed een belangrijke sleutelfunctie heeft om cliënten terug naar de hulp te laten doorstromen. Maar hun ervaring vertelde ook dat deze doelgroep niet altijd hartelijk ontvangen wordt in spoed wegens de overlast die ze daar veroorzaken.

"Op spoedopnames wordt de groep vaak in een hoekje geduwd. 'Leg ze effe in een bedje en stuur ze naar huis'. Wat meer sociale feeling mag op spoed wel aanwezig zijn."

"Op het moment dat een cliënt naar spoed gaat, is alcohol niet het hoofdprobleem. Want dat had hij gisteren ook al en zal hij morgen ook hebben. Dat hebben spoeddiensten vaak door."

Doordat politie, spoed- en huisartsen de *belangrijkste doorverwijzers* zijn van deze doelgroep, komen dus vaak diegenen in de zorg terecht waarbij het probleem gekend is en zichtbaar voor anderen. De personen die hun problematiek goed weten te *verstoppen*, gaan minder snel bij voorzieningen terecht komen.

Vaak loopt het ook mis bij *doorverwijzing* tussen verschillende voorzieningen. Dat is vaak het sleutelmoment bij uitstek dat deze cliënten afhaken. Het is namelijk een sterke uitdaging om een band te ontwikkelen met deze doelgroep. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie is soms een proces van maanden. Het is niet evident om die verworven verbondenheid door te geven bij een doorverwijzing. Een goede doorverwijzing blijft arbeidsintensief waar er sterk op moet blijven ingezet worden.

Er werd eveneens aandacht gevraagd voor de cliënten waar een complex netwerk van hulpverleners betrokken zijn. Het is niet altijd evident om met alle betrokken hulpverleners efficiënt samen te werken. Vaak is er overlap en dit is zowel voor de cliënt als hulpverlener niet zinvol.

"Niet leuk als je dagelijks van een andere hulpverlener dezelfde vragen krijgt: 'Hoe loopt het? Is er iets veranderd?'."

Het idee van *casemanagement* leek al sterk verankerd zonder dat er steeds officieel casemanagers aangeworven worden. Vaak zal er iemand spontaan de rol van *'aanspreekpunt'* op zich nemen. De vraag is enkel of deze *spontane casemanagers* voldoende zijn en hun rol voldoende weten uit te oefenen.

b. Handvaten en kader

Net als binnen de ledenbevraging werd de nood aan een *handleiding, visie* en *kader* herhaaldelijk op de voorgrond gebracht tijdens de focusgroepen en interviews. Gezien de complexiteit van hun problematiek, het veelal onder invloed zijn tijdens afspraken, het herhaaldelijk afhaken en de ethische keuzes die er moeten gemaakt worden, zijn hulpverleners erg zoekende naar tools, handvaten en een duidelijk kader die hen hierin kan ondersteunen.

Wanneer we deze nood concreter probeerden maken, viel het vooral op dat verschillende deelnemers vonden dat nog veel hulpverleners gesensibiliseerd moeten worden rond *herstelgericht werken* en *harm reduction*. Volgens hen moeten hulpverleners soms durven de *abstinentiegedachte* aan de kant schuiven en beseffen dat er een weg is tussen *drinken* en *niet drinken*.

"Of je drinkt of je drinkt niks. Het moet tegenwoordig altijd veranderingsgericht zijn."

Sommige cliënten kunnen nu eenmaal niet meer stoppen met hun alcoholgebruik. Wanneer je dan abstinentie als doelstelling blijft houden, stel je eigenlijk een onhaalbaar doel voor deze persoon. Dit zorgt er uiteindelijk voor dat zowel cliënt als hulpverlener een gevoel van falen ontwikkelen. Daarom zou er in eerste instantie moeten gestreefd worden naar 'behoudsdoelen' in plaats van 'veranderdoelen' bij deze doelgroep. De *herstelgerichte aanpak* begint meer en meer binnen te sijpelen, maar dit gebeurt met mondjesmaat.

"Het is moeilijk om als arts te zeggen: 'geen erg als het niet lukt om volledig te stoppen. Probeer er anders eens drie minder te drinken?' Wanneer je aan de bloedwaarden ziet dat die persoon zich letterlijk aan het kapotdrinken is, en dat élke pint er één te veel is."

Meer concreet is het zinvoller om de focus te verschuiven van het alcoholgebruik en in te zetten op andere zinvolle doelstellingen, die op dat ogenblik wel haalbaar zijn: voedingsgewoonten verbeteren, poetshulp inhuren, problemen met de buren oplossen, familiezorg inhuren, bezorgdienst voor eten inschakelen, …. Een andere professional herhaalde dat er inderdaad in een gesprek te veel over alcohol wordt gepraat en te weinig over andere belangrijke thema's: 'Heb je al

iets gegeten vandaag? Zie je je kinderen nog? Wat met seksualiteitsbeleving?'. Maar vooral ook: 'Wat wil jij nog bereiken ondanks deze problematiek?' Wanneer de focus verschuift naar het vinden van hun krachten en zingeving, kan dit op zich al positieve effecten hebben op hun gezondheid en gebruik.

Er werd echter door een hulpverlener benadrukt dat dit een verandering is die niet enkel op het *niveau van de hulpverlener* teweeggebracht moet worden, maar eveneens op *organisatieniveau*.
Omgekeerd maken eerstelijnsvoorzieningen zich soms net zorgen dat ze misschien net te weinig aandacht hebben voor alcoholmisbruik bij een cliënt. Dit heeft verschillende oorzaken. Enerzijds is het gebruik van alcohol maatschappelijk meer aanvaard dan druggebruik. Anderzijds vertelde een hulpverlener dat *drugproblemen* en *huisvestingsproblemen* makkelijker op te lossen zijn dan een alcoholprobleem. Dus de hoofdfocus ligt vaak elders dan op alcohol.

"Alcohol is zo een normaliteit bij basiswerkers dat de aandacht er vaak niet meer voor is. We vinden dat al vaak normaal dat er iemand 's morgens zit met een fles porto."

Kortom, de huidige aanpak zorgt te vaak voor een gevoel van machteloosheid en zinloosheid. Een duidelijk kader zou kunnen helpen om binnen een team op één lijn te geraken bij moeilijke casussen en complexe begeleidingen draagbaar te houden.

c. Huidige aanbod en wachtlijsten

Rond het huidige aanbod werd enerzijds het plaatstekort bij veel voorzieningen benadrukt alsook het gebrek aan een gespecialiseerd aanbod voor deze doelgroep. Andere thema's waren gedwongen opname en de knelpunten bij justitiële trajecten.

Er werd door de deelnemers een bijna eindeloze opsomming gemaakt van voorzieningen waar een nijpend tekort aan is. Zo is er een gebrek aan *crisisvoorzieningen* waar deze cliënten 24/24 en ook in het weekend terecht kunnen. Ook het tekort aan plaatsen voor Korsakov-patiënten en bij diensten voor beschut wonen zijn zeer relevant. Ten slotte zijn de heuse wachtlijsten bij gespecialiseerde voorzieningen (zowel ambulant als residentieel) problematisch.

"Er is aan alles tekort, … behalve aan alcohol."

Kortom, net als bij de ledenbevraging werden de lange wachtlijsten aangehaald als een prangend probleem. Een hulpverlener benadrukte dat het haast onmogelijk is om een cliënt twee maand gemotiveerd te houden tijdens zijn wachttijd voor een opname. Er werd hier echter aan toegevoegd dat wachtlijsten anders ook wel hun nut kunnen hebben. Uit ervaring wist een professional te zeggen dat het *'moeten wachten op zorg'* eveneens de motivatie kan verhogen en de opnameduur verlengen.

Een hulpverlener merkte echter op dat, zelf al is er geen wachtlijst, deze doelgroep vaak alsnog nergens terecht kan. Vaak wil niemand nog met deze cliënten werken. Doorverwijzing is hierdoor zeer tijdrovend en soms ontmoedigend. Verschillende voorzieningen erkenden dat het huidige aanbod zich zeer sterk richt op cliënten die gemotiveerd zijn én in staat zijn om hun alcoholgebruik aan te pakken. Ook was dit volgens hen het sterkst uitgesproken bij residentiële voorzieningen, waar abstinentie (meestal) de enige optie is. Een hulpverlener vond het zeer vreemd dat motivatiegebrek soms als exclusiecriteria wordt gebruikt, terwijl dit net een zeer dynamisch gegeven is waar aan gewerkt kan worden.

Naast de wachtlijsten en het gebrek aan aanbod, is een bijkomend probleem bij heel wat vormen van hulp (zoals outreach en casemanagement) dat er een *tijdlimiet en/of aantal consultaties* staat op het aanbod. Dit is voor deze doelgroep extra problematisch gezien de chroniciteit van de problematiek. Net wanneer er een vertrouwensband en werkrelatie aan het ontstaan is tussen hulpverlener en cliënt, moet de begeleiding reeds worden afgerond.

"Veel organisaties hebben niet voldoende tijd om in deze cliënten te investeren. Ikzelf heb acht maanden erover gedaan om bij een bepaalde cliënt zijn vertrouwen te winnen, gewoon door met hem te gaan wandelen, hem te laten ventileren, … zonder druk te leggen op dat alcoholprobleem. Veel diensten gaan door gebrek aan tijd, te snel te veel druk leggen op dat alcoholprobleem."

Ook rond de *nazorg na een opname* waren er verschillende bedenkingen door hulpverleners. Cliënten die na een opname geen nazorg krijgen werden omschreven als *een vogel voor de kat*. Ook zijn de nazorgtrajecten vaak niet lang genoeg. Als laatste klaagden eerstelijnsvoorzieningen aan dat ze te vaak als vangnet werden ingezet tussen een opname en de start van nazorg.

"Wij hebben niet de expertise om aan hervalperventie te doen. We vinden het niet onze rol om die cliënten tussen opname en nazorg op te vangen rond dit thema."

Het thema *'gedwongen opname'* werd in beide focusgroepen vrij snel aangehaald. Zeker bij die cliënten waar de machteloosheid hoog is, wordt er op een bepaald punt aan gedwongen opname gedacht. Professionals zien echter dat van zodra een alcoholafhankelijkheid aanwezig is, het zeer moeilijk wordt om deze procedure in gang te zetten. Een opname (al dan niet gedwongen) kan nochtans zinvol zijn om in de eerste plaats een nuchtere conversatie te kunnen aangaan met een cliënt. Sommige hulpverleners (voornamelijk op de eerste lijn) gaven aan dat ze sommige cliënten haast nog nooit nuchter hebben gezien. Ook gaf iemand het argument dat het zinvol kan zijn om deze cliënten eens een periode uit hun ziekmakende omgeving te halen.

"Wanneer kan of mag de maatschappij zeggen, het is genoeg geweest? We zijn zo machteloos dat opname de enige optie is? Dat gebeurt, maar misschien nog niet genoeg?"

Ook het thema *'justitie'* werd tijdens een interview op de kaart gezet. Opvolging door de rechtbank was volgens deze hulpverlener een belangrijke externe druk, die soms voor beweging kan zorgen. Jammer genoeg worden voorwaarden rond alcohol te weinig opgevolgd. Terwijl hij net merkt dat externe druk zelf bij deze doelgroep effect kan hebben. Hij kende voorbeelden van cliënten waarbij 'een dreigende rechtszaak, slecht nieuws van de dokter, een auto-ongeluk…' een kantelpunt waren in de goede richting. Deze hulpverlener vond het jammer dat deze kansen te weinig wordt benut.

d. Dakloosheid

Dakloosheid blijft een zeer persistent probleem. Dit dwarsboomt heel wat wegen naar zorg en ondersteuning richting deze doelgroep. Residentiële voorzieningen die cliënten zonder huisvesting opnemen zitten bij het einde van de opname met de realiteit dat ze de opname niet veilig kunnen afronden zolang er geen gepaste woonmogelijkheden voorhanden zijn. Het vinden van een gepaste woonst is voor enkele professionals prioritair bij het deel van deze doelgroep zonder huisvestiging.

Anderen gingen hier echter tegen in en stellen dat we ons niet enkel mogen focussen op het vinden van een woonst bij deze doelgroep. Verbetering van de woonst kan een eerste stap zijn in de goede richting, maar blijvende ondersteuning is noodzakelijk. Het is namelijk zo dat veel cliënten zware trauma's hebben meegemaakt in hun kinderjaren. Dit zorgt vaak voor een algemeen wantrouwen naar anderen en werkt eenzaamheid in de hand. Heel wat van deze mensen kunnen moeilijk in een relatie treden tot anderen. Daarom is er zeker bij hen ook een *herstellend luik in de diepte* nodig.

Ten slotte halen meerdere hulpverleners aan dat sommigen zich nu eenmaal comfortabeler voelen in hun dakloosheid. De straat heeft namelijk ook een sociale functie. De drang om zich te settelen is daarom vaak miniem.

"Ze zijn er minder eenzaam, minder uitgesproken, … ze horen ergens bij."

2.3.2. Mogelijkheden in de toekomst

a. Bereiken van de doelgroep

Het voorstel werd gedaan om deze doelgroep in de toekomst beter in kaart te brengen door bijvoorbeeld een *monitoringsysteem* uit te denken, naar het voorbeeld van de UK. Dit werd ook naar voor geschoven als een belangrijke methode om een eventueel toekomstig pilootproject te evalueren. Wanneer er bijvoorbeeld gezien wordt dat dankzij een nieuwe strategie een grotere groep bereikt wordt, wordt er duidelijk een stap in de goede richting gezet. Langs de andere kant waarschuwde iemand dat onderzoek heel intensief is, waar veel tijd en middelen naartoe gaan. Evaluatie, registratie en onderzoek is positief, maar mag ook niet ten koste gaan van het contact met de cliënten.

b. Handvaten en kader

Er was unanimiteit over de stelling dat er in de toekomst zal moeten ingezet worden op *onderzoek en vorming rond alternatieve strategieën*. Voorzieningen hebben nood aan een kader, visie en handvaten. Maar een professional merkte op dat zelf binnen onze doelgroep nog steeds een continuüm aanwezig is, gaande van cliënten die niet gemotiveerd zijn tot cliënten die wél gemotiveerd zijn, maar die niet meer kunnen veranderen. Zij hebben elk een andere aanpak nodig. Er moet ook voor deze doelgroep op zoek gegaan worden naar een 'zorg op maat'. Maar er moet om te beginnen gesensibiliseerd worden dat er soms ook een andere weg is dan abstinentie. Niet enkel individuele hulpverleners meekrijgen, maar ook op organisatieniveau bewustwording creëren.

Ook de manier waarop vooruitgang bij deze doelgroep *geëvalueerd* wordt, moet ook anders dan bij andere cliënten. Het voorbeeld werd gegeven van de *'zelfredzaamheidsmatrix'* waar de cliënt beoordeeld kan worden op verschillende domeinen (verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, …). Op deze manier kan genuanceerd beoordeeld worden of iemand stabiel is gebleven, gestagneerd is of net vooruitgang heeft gemaakt. Iemand kan bijvoorbeeld na een jaar nog steeds dakloos zijn, maar meer sociale contacten hebben.

c. Uitbreiding aanbod

Er moet worden nagedacht over hoe er via eventuele samenwerkingen tussen voorzieningen een *geïntegreerd* en *aangepast aanbod* naar deze doelgroep kan ontwikkeld worden. Voldoende *afstemming* tussen het algemeen welzijnswerk en de gespecialiseerde alcohol- en drugzorg staat hierbij op de voorgrond.

De sleutel ligt volgens velen in een *laagdrempelige hulpverlening*: betaalbaar, snel toegankelijk, persoonlijk contact en een veilige omgeving. Het idee dat het vaakst werd voorgesteld was dat van een inloophuis, waar de mogelijkheid is om alcohol te nuttigen. Inloophuizen bestaan reeds in Vlaanderen, maar deze zijn tot op heden niet gespecialiseerd in alcoholafhankelijkheid. Voor een hulpverlener was het ideale scenario, om een voorziening te ontwikkelen waar een alcoholgebruiksruimte één van de waaier aan mogelijkheden is. Het zou een meerwaarde zijn moest er bijvoorbeeld ook een administratieve hulp zijn, daarnaast verpleegkundigen, een psychiater, een psycholoog voor gezondheidsaspecten en tenslotte ook voldoende focus op activering en tijdsbesteding. Dit om de kans te verkleinen dat een alcoholgebruiksruimte het eindpunt zou zijn. Een inloophuis zou het meest kans hebben op slagen indien de aanpak en laagdrempeligheid van de eerste lijn gecombineerd worden met de specialisatie van de tweede en derde lijn rond het thema alcoholafhankelijkheid. Ook werd er verwezen naar het voorbeeld van het MSOC. Vele methodieken die gebruikt worden naar druggebruik, zouden ook voor deze doelgroep nuttig kunnen zijn. De vraag werd gesteld of deze methodieken niet zouden kunnen vertaald worden naar alcohol?

"Waarom geen alcoholverdeling bij deze mensen? Misschien lukt gecontroleerd drinken als de controle bij iemand anders ligt?"

"Heb in Londen eens zo'n alcoholgebruiksruimte gezien. Dat is echt triestig om te zien. Een vrouwtje van 62 jaar, kon nauwelijks nog op haar benen staan, viel af en toe van de zetel. Om de zoveel tijd kwam er een hulpverlener interveniëren als het echt uit de hand liep. Soms is dat het enige aanbod dat nog werkt bij hen, maar het mag niet de bedoeling zijn om mensen daar te dumpen."

Wanneer er voor deze doelgroep tijdsbesteding wordt georganiseerd zou er volgens een hulpverlener op zijn minst alcohol moeten getolereerd worden. Anders is de drempel te hoog, mensen zien het niet zitten om een hele dag zonder alcohol door te brengen en komen daarom niet opdagen. Wanneer mensen weten dat, wanneer het echt niet gaat, ze een glas alcohol kunnen verkrijgen, zal dit reeds innerlijke rust teweeg brengen en ervoor zorgen dat ze zich beter kunnen concentreren op de activiteit. Ook is het nuttig dat deze activiteiten continuïteit bieden en toekomstgericht zijn, zoals dit het geval is bij bijvoorbeeld de *'Homeless Cup'* (Initiatief van BXLR CUP). Andere bestaande voorbeelden waren: het herschilderen van een oude boot en het wekelijks gaan helpen op een kinderboerderij.

"Het is mogelijk om met deze groep activiteiten te doen, afspraken te maken die voor iedereen haalbaar zijn, zolang er niet verwacht wordt dat ze helemaal nuchter moeten zijn. Het perspectief op een pint na de activiteit zorgt voor rust."

Om het probleem rond dakloosheid bij deze doelgroep aan te pakken werd er gebrainstormd over een zorghotel voor alcoholafhankelijkheid. Op dit ogenblik worden opvangcentra voor daklozen vooral georganiseerd door de eerste lijn. Er werd echter de vraag gesteld of een opvangcentrum georganiseerd door een gespecialiseerde alcoholvoorziening, niet nuttig zou kunnen zijn voor deze doelgroep.

Ook werd er gekeken naar de gespecialiseerde zorg om hun aanbod laagdrempeliger te maken voor deze doelgroep door bijvoorbeeld open consultaties te voorzien. Als voorbeeld werd er gekeken naar CGG Eclips te Gent, waar er sinds twee jaar een nieuw aanbod werd ontwikkeld naar deze doelgroep. Cliënten kunnen er (na een eerste intakegesprek) zonder afspraak terecht op een aantal vastgelegde momenten. Er wordt met de cliënten rond de noden in 'het hier en nu' gewerkt en met herstelgerichte, haalbare doelstellingen.

Daarnaast zou er kunnen nagedacht worden over mogelijkheden van alternatieve strategieën binnen de residentiële setting. Er werd verwezen naar AZ Sint Jan te Brugge, waar er een afdeling bestaat waar cliënten gecontroleerd leren drinken. Er werden echter vraagtekens gezet of dit aanbod niet nog steeds een te hoge drempel is op vlak van behandeldoelen voor deze doelgroep.

"Binnen de PAAZ blijft harm reduction moeilijker denk ik: 'Gij moogt nog vier pintjes drinken en gij moet nuchter blijven. Dat is moeilijk."

Een idee dat werd geformuleerd rond de opvolging door justitie is een variant op de (reeds bestaande) drugbehandelingskamer: een 'alcohol'behandelingskamer.

Over het algemeen werd er gepleit voor een beter overzicht van het aanbod naar deze doelgroep in iedere regio. Waar kan deze doelgroep terecht? Waar is er een specifiek aanbod? Waar is er expertise? Waar kunnen hulpverleners terecht met hun vragen?

Naar preventie toe werd er door een hulpverlener geopperd om vaker marketingstrategieën toe te passen bij preventie naar alcohol. In cafés zijn de komst van promoteams (bv. Coca Cola) een welkome afwisseling waarover nog weken wordt nagepraat. Het idee werd naar voor geschoven om een 'promoteam' langs cafés te laten passeren met info over alcoholpreventie en stappen die mensen kunnen zetten naar hulp.

"Je moet ze met iets anders leren lokken dan het nuchtere leven."

d. Netwerking en samenwerking

Samengevat werd er gesteld dat de algemene welzijnsvoorzieningen al vaak een laagdrempelig en aanklampend aanbod hebben met de focus op harm reduction. Daartegenover staat zij onvoldoende expertise hebben rond dit thema. Verschillende hulpverleners uit de eerste lijn gaven aan dat dit een sterk gemis is. In dat opzicht zou er een betere samenwerking moeten zijn tussen maatschappelijke voorzieningen en gespecialiseerde alcohol- en drugvoorzieningen.

Er werd in de verschillende focusgroepen nagedacht over de oprichting van een kenniskring en/of intervisiegroep waar verschillende sectoren op worden uitgenodigd. Dit is geen nieuw concept en bestaat al voor heel wat andere doelgroepen. Zo bestaat er in Antwerpen het overlegplatform COZA, waar 'draaideurcliënten' besproken worden. Dit overleg bestaat al sinds 2003 en er zitten reeds heel wat voorzieningen rond de tafel. In Gent bestaat er Azis+ dat zich vooral focust op zorgmijders.

LITERATUURLIJST

Al Shamma, S., Wewerinke, D., & Wolf, J. (2013). *Housing First Europe Local Evaluation Report.* Amsterdam.

Alcohol Concern. (2010). *Alcohol Concern's information and statistical digest: Men and alcohol.* Londen: Alcohol Concern.

Alcohol Concern (2015). Geraadpleegd op 15 juli 2015 via http://www.alcoholconcern.org

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Fourth Edition, text. rev.).* Washington D.C.: APA.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fith Edition).* Washingon D.C.: APA.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., . . . Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity.* Oxford: Oxford University Press.

Barendregt, C., & Rodenbrug, G. (2004). *Een gebruiksruimte in Antwerpen: wenselijk en haalbaar? .* Rotterdam: IVO.

Bond, G., Drake, R., & Mueser, K. e. (2001). Asstertive Community Treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on cliënts. *Disease management and Health Outcomes*, 39(3): 142-157.

Booth Centre. (sd). *Report: Wet Garden.* Manchester: Booth Centre.

BOOZ. (2015). *Verslaafd in het hoofd*. Opgehaald van BOOZ: http://www.booz.nu/project/verslaafd/

Bresson, M. (1997). *Les SDF et le nouveau contrat social.* Paris: L'Harmattan.

Cameron, D. (1997). Harm Minimisation in clinical practice. In R. Plant, E. Single, & T. Stockwell, *Alcohol: minimising the harm.* (pp. 233-247). London: Free Association Books.

Cancer Research UK. (2009). *Oral cancer: risk factors, online, available*. Opgehaald van http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/oral/riskfactors

Collins, A., Clifasefi, S., Dana, E., Andrasik, M., Stahl, N., Kirouac, M., Malone, D. (2012). Where Harm reduction meets housing first: Exploring Alcohol's role in a project-based housing first setting. *International Journal of Drugs Policy*, 2:111-119.

Collins, S., Duncan, M., Smart, B., Saxon, A., Malone, D., Jackson, T., & Richard, K. (2015). Extended-Release Naltrexone and Harm Reduction Counseling for Chronically Homeless People with Alcohol Dependence. *Substance Abuse*, 36(1):21-33.

Commander, M., Sashidharan, S., Rana, T., & Ratnavake, T. (2005). North Birmingham assertive outreach evaluation. Patient characteristics and clinical outcomes. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40(12):988-93.

Cook, C., Hallwood, P., & Thomson, A. (1998). B vitamine deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. *Alcohol*, 33: 317-336.

Crane, M., & Warnes, A. (2005). Wet Day Centres in Britain. *Drug and Alcohol Findings*, 12.

De Decker, P. (2004). *Belgium National report 2004 for the European Observatory on Homelessness: statistical update.* FEANTSA.

De Donder, E. (2006). *Alcohol: cijfers in perspectief (1994-2004).* Antwerpen: Garant.

Doeders, P., Meulders, W., & Knibbe, R. (2004). *Handreiking bemoeizorg: literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen.* Utrecht: Colofon.

Dutton, D., Golant, S., & Pijnaker, H. (2000). *De partnermishandelaar: een psychologisch profiel.* Houten.

Ellipse. (2015). *Project Casa: service d'accompagnement à domicile pour personnes souffrant ou ayant souffert d'assuétudes*. Opgehaald van Ellipse Centre: http://www.ellipsecentre.be/casa.html

EMCDA. (2010). Harm Reduction: evidence, impact and challenges. In *EMCDDA Monographs.*

Favril, L., Vander Laenen, F., & Decorte, T. (2015). *Schade Beperkende Maatregelingen voor de Stad Gent: Een onderzoek naar lokale noden en prioriteiten.* Antwerpen: Appeldoorn.

Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12).

Fisk, D., Rakfeldt, J., & McCormack, E. (2006). Assertive outreach: an effective strategy for engaging homeless persons with substance use disorders into treatment. *Drug and Alcohol abuse*, 32(3):479-486.

Garbutt, J., Kranzler, H., & O'Mally, S. (2005). Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293:1617-1625.

Grazioli, V., Hicks, J., Kaese, G., Lenert, J., & Collings, S. (2015). Safer-drinking strategies used by chronically homeless individuals with alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*.

Handriksen-Favier, A., van Rooien, S., & Rijkaart, A. (2010). *Handreking ROPI: Recovery Oriented Practices Index.* Utrecht: Trimbos Instituut.

Hasin, S. D., Stinson, S. F., Ogburn, E., & Grant, F. B. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry journal, 7*(64), 830-842.

Heather, N., Peters, T., & Stockwell, T. (2001). *International handbook of alcohol dependence and problems.* Chichester: Wiley.

IHRA. (2010). *What is harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association.* Londen, UK.

IHRA. (2015). *What is Harm Reduction?* Opgehaald van IHRA: http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction

IMA-AIM. (2013). *Proxy Alcoholintoxicatie*. Opgehaald van atlas.ima-aim.be

Jason, L., Davis, M., & Ferrari, J. (2007). The need for substance abuse after-care:Longitudinal analysis of Oxford House. *Addictive Behaviors*, 803-818.

Keymeulen, R. (2014, Maart). *Na remoralisatie, remediatie en rehabilitatie komt…."recovery of herstel"*. Opgehaald van De Sleutel: http://www.desleutel.be/verslaving/visieopverslaving-56441/item/2330-na-remoralisatie-remediatie-en-rehabilitatie-komt%E2%80%9Drecovery-of-herstel%E2%80%9D?tmpl=component&print=1

Kim, T., Saitz, R., Cheng, D., Winter, M., Witas, J., & Samet, J. (2011). Initiation and Engagement in Chronic Disease Management Care for Substance Dependance. *Drug and Alcohol Dependance*, 115(0):80-86.

Kim, T., Saitz, R., Cheng, D., Winter, M., Witas, J., & Samet, J. (2012). Effect of quality chronic disease management for alcohol and drug dependence on addiction outcomes. *Journal of substance abuse treatment*, 43(4) : 389-396.

Klingemann, H. (2001). *Alcohol and its social consequences - the forgotten dimension.* World Health Organization.

Larimer, M., Malone, D., Garner, M., Atkins, D., Burlingham, B., Lonczak, H., . . . Marlatt, A. (2009). Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing For Chronically Homeless Persons With Severe Alcohol Problems. *JAMA Network*, 13:1349-1357.

Laudet, A., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38:51-59.

Leamy, M., Bird, V., & Le Boutillier, C. W. (2011). Cenceptiual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199:455-452.

Lee, J., DiRocco, D., & Truncali, A. (2010). Extended-release naltrexone for treatment of alcohol dependence in primary care. . *Journal of substance abuse*, 39:14-21.

Lee, J., Grossman, D., & Huben, L. (2012). Extended-release naltrexone plus medical management alcohol treatment in primary care: findings at 15 months. *Journal of substance abuse*, 43:458-462.

Liskow, B., Powell, B., Penick, E., Nickel, E., Wallace, D., Landon, J., . . . Cantrell, P. (2000). Mortality in male alcoholics after ten to fourteen years. *Journal of studies on alcohol*, 61:853-861.

Magerman, J. (2013, Juni). *ICM. Intensieve Outreach voor het opvolgen van personen met een alcoholafhankelijkheid.* Opgehaald van Dr. PC. Guislain: http://www.vvgg.be/media/docs/Beeldvorming%20en%20destigmatisering/2013/P&V%20 2013-6,%2014.pdf

Mancine, A., & Finnerty, M. (2005). *Recovery-Oriented Practices Index (unpublished).* New York: New York State Office Of Mental Health.

Möbius, D. (2009). *Dossier: Alcohol.* Brussel: VAD.

Muckle, W., Muckle, J., Welch, V., Tugwell, & P. (2012). Managed Alcohol as harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.

Office for National Statistics. (2000). *Mortality statistics: cause.* England.

Office for National Statistics. (2014). *Alcohol Related Deaths in the United Kingdom, Registered in 2012.* Opgehaald van http://www.ons.gov.uk/ons/rel/subnational-health4/alcohol-related-deaths-in-the-united-kingdom/2012/index.html

Ogunewe, C., Shakespeare, R., Juett, L., Rolfe, L., Kelly, K., & Brown, P. (2011). *Alcohol Attributable Hospital Admissions (NI39) in the South West.* SWPHO.

O'Mally, J., Jaffe, A., & Chang, G. (1996). Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 53:217-224.

Orwin, R., Garrison- Mogren, R., Jacobs, R., & Sonnefeld, L. (1999). Retention of homeless clients in substance abuse treatment: findings from the National Institute on Alcohol and Alcoholism Cooperative Agreement Program. *J Subst Abuse Treat*, 17:45-66.

Pacolet, J., Degreef, T., & Bouten, R. (2003). *Sociale kosten-batenanalyse van alcoholgebruik en -misbruik in België.* Leuven: Katholieke universiteit Leuven.

Plant, M., & Cameron, D. (2000). *The alcohol report.* London: Free Association.

Podymow, T., Turnbull, J., Yetisir, E., & Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homless people addicted to alcohol. *Canadian Medical Association Journal*, 174(1).

Poppelier, A. (2002). *Overdaad schaadt. Een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en bingedrinken.* Rotterdam: Cachet.

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 2223-2233.

Rehm, J., Room, R., & Monteiro, M. (2004). Alcohol Use. In M. Ezzatti, A. Lopez, A. Rodgers, & C. Murray, *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to select major risk factors, Volume 1.* (pp. 959-1109). Geneva: WHO.

Reif, S., Larson, M. J., Cheng, M. D., Allensworth-Davies, D., Samet, J., & Saitz, R. (2011). Chronic disease and recent addiction treatment utilization among alcohol and drug dependent adults. *Substance Abuse Treatment; Prevention, and Policy*, 6:28.

Saitz, R., Larson, M., LaBelle, C., Richardson, J., & Samet, J. (2008). The case for Chronic Disease Management for Addiction. *American Society of Addiction Medicine*, 2(2):55-65.

Shumway, M., Boccellari, A., K., O., & Okin, R. (2008). Cost-effectiveness of clinical casemanagement for ED frequent users: results of a randomized trial. *American Journal for Emergency Medicine*, 26 (2): 155-164.

Stefancic, A., & Tsemberis, S. (2007). Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention. *Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 265-279.

Stein, L.I., Test, & M.A. (1980). Alternatives to mental hospital treatment. Part I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37:392-397.

Stollenga, M. (2014). Herstel dat op Texel begint. In *Herstel binnen de verslavingszorg* (pp. 39-42). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Stollenga, M., de Haan, G., & de Goede, J. (2014). Is De Skuul richtinggevend voor de verslavingszorg? In *Herstel binnen de verslavingszorg* (pp. 57-68). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Straatverplegers. (2014). *Re-integratie door hygiene: jaarverslag 2014.*

Tholen, A. (2009). Beoordeling en management van het risico op gewelddadig gedrag. *Tijdschrift voor psychiatry*, 3: 173-182.

Tielemans, L., & de Jong, C. (2007). *Richtlijnen voor casemanagers in de verslavingszorg.* Utrecht: Resultaten Scoren.

Trimbos. (sd). *Belangrijke begrippen verbeterprogramma*. Opgehaald van Trimbos: http://www.trimbos.nl/~/media/Themas/5_Implementatie/Doorbraak/Bemoeizorg/Bemoeizorg%20A2%20Belangrijke%20begrippen%20verbeterprogramma%20Wat%20is%20bemoeizorg.ashx

UNODC. (2013). *Global Studie on Homicide.* United Nations Publication.

van de Sande, Y., & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving (F)ACT Verslavingspsychiatrie.* Utrecht: Trimbos.

van der Poel, A., Krol, L., de Jong, W., & Jansen, H. (2007). *Huisartsenpraktijk 'de straatdokter': sociaal medische zorg aan dak-en thuislozen in Rotterdam.* Atlelier Rijksbouwmeester.

van der Stel, J. (2014). Innovatie rond herstel. In *Herstel binnen de verslavingszorg* (pp. 1-13). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

van Essen, J., van der Horst, K., Wieske, E., Ruyten, M., & de Jong, C. (2011). *Alcoholgebruiksruimten.* Tactus.

Van Menxel, G., Lescrauwaet, D., & Parys, I. (2003). *Verbinding verbroken: thuisloosheid en algemeen welzijnswerk in Vlaanderen.* Berchem: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. .

Velleman, R., & Templeton, L. (2007). Understanding an modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13:79-89.

Vugt, M., van Veldhuizen, J., van Bahler, M., Delespaul, P., Huffels, N., . . . Kroon, H. (2011). Ontwikkeling van een modelgetrouwsheidschaal voor functie-assertive community treatment (fact). *Tijdschrift voor Psychiatry*, 53(2): 199-124.

Wadd, S., & Papadopoulos, C. (2014). Drinking behaviour and alcohol-related harm amongst older adults: analysis of existing UK datasets. *BMC Research Notes*, 7:741.

Wagner, E. (2000). The role of the patiënt care teams in chronic disease management. *MBJ*, 320:569-572.

Ward, M., & Holmes, M. (2014). *Alcohol concern's Blue Light Project: Working with change resistant drinker, the project manual.* Londen: Alcohol Concern.

Ward, M.; Booker, L. (2015) *An evaluation of the Nottinghamshire Alcohol Related Long Term Condition Team: An example of good practice with change resistant drinkers.* Londen: Alcohol Concern.

White, W. (2009). *Peer-based addiction recovery support: History, theory, practice, and scientific evaluation.* Chicago: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center and Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services.

White, W., Kelly, J., & Roth, J. (2012). New Addiction-Recovery Support Institutions: Mobilizing Support Beyond Professional Addiction Treatment and Recovery Mutual Aid. *Journal Of Groups in Addiction & Recovery*, 7:297-317.

Windelinckx, T. (2005). *Dossier: Harm Reduction.* Brussel: VAD.

Wolf, J., Mensink, C., van der Lubbe, P., & Planije, M. (2002). *Casemanagement voor langdurige verslaafden.* Utrecht: GGZ Nederland.

World Health Organisation. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva: World Health Organisation.